



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی قزوین
دانشکده پرستاری و مامایی

پایان نامه جهت دریافت درجه کارشناسی ارشد پرستاری مراقبتهای ویژه

عنوان

ارتباط سبک زندگی و کیفیت زندگی پرستاران در شیفت های مختلف شاغل در بخش های ویژه
بیمارستانهای منتخب دانشگاه علوم پزشکی ایران

استاد راهنما:

سرکار خانم دکتر فرنوش رشوند

استاد مشاور:

جناب آقای دکتر جلیل عظیمیان

مشاور آمار:

سرکار خانم مریم مومنی

دانشجو:

مهتاب خلیلی

تابستان ۱۳۹۵

نام خدا

سپاسگزاری

اکنون که به یاری خداوند بزرگ این پژوهش به پایان رسیده است، جای دارد که مراتب تشکر و قدردانی خود را به حضور کلیه عزیزانی که پژوهشگر را در انجام این پژوهش یاری نمودند، ابراز دارم.

از سرکار خانم دکتر فرنوش رشوند استاد محترم راهنما، که در تمام مراحل پژوهش یاری نموده و همواره از نظرات گران قدر ایشان استفاده کردم صمیمانه تشکر و قدر دانی می نمایم.

از جناب آقای دکتر جلیل عظیمیان استاد محترم مشاور به دلیل یاری ها و راهنمایی های بی چشم داشت ایشان که بسیاری از سختی ها را برایم آسانتر نمودند صمیمانه تشکر می نمایم

از سرکار خانم مریم مومنی استاد محترم آمار، که در تجزیه و تحلیل داده ها زحمت فراوان کشیدند صمیمانه تشکر می نمایم.

از سرکار خانم دکتر حسینی استاد محترم داور که در تمام مراحل پژوهش، پژوهشگر را یاری نموده و راهنمایی کردند واقعا تشکر می نمایم.

از سرکار خانم دکتر یکه فلاح استاد محترم داور که در تمام مراحل پژوهش، پژوهشگر را یاری نموده و راهنمایی کردند واقعا تشکر می نمایم.

از سرکار خانم شاهرخی استاد محترم داور که در تمام مراحل پژوهش، پژوهشگر را یاری نموده و راهنمایی کردند واقعا تشکر می نمایم.

از سرکار خانم دکتر جورابی ریاست محترم دانشکده پرستاری و مامایی که در تمام مراحل پژوهش، پژوهشگر را یاری نموده و راهنمایی کردند واقعا تشکر می نمایم.

از سرکار خانم دکتر حسینی معاونت محترم دانشکده پرستاری و مامایی که با نظرات دلسوزانه خود همواره بنده را راهنمایی کردند واقعا تشکر می نمایم.

از سرکار خانم دکتریکه فلاح مدیر گروه مراقبت های ویژه دانشکده پرستاری و مامایی، که در تمام مراحل پژوهش، پژوهشگر را یاری نموده و راهنمایی کردند واقعا تشکر می نمایم.

از سرکار خانم دکتر محمدی معاونت محترم پژوهشی دانشکده پرستاری و مامایی، که در تمام مراحل پژوهش مرا یاری نمودند صمیمانه تشکر می کنم

تقدیم به:

به او که نمی دانم از بزرگواریش بگویم یا مردانگی، سخاوت و مهربانیش.....
پدری که عالمانه به من آموخت تا چگونه در عرصه زندگی،
ایستادگی را تجربه نمایم

مادرم

بلند تکیه گاهم، که دامن پر مهرش یگانه پناهم است،
مهربانی که عشق ورزیدن را از او آموختم

فهرست

فصل اول

کلیات پژوهش

- ۱-۱- بیان مسئله..... ۱
- ۱-۲- اهمیت و ضرورت..... ۱۳
- ۱-۳- اهداف..... ۱۴
- ۱-۳-۱- هدف اصلی..... ۱۴
- ۱-۳-۲- اهداف اختصاصی..... ۱۴
- ۱-۳-۳- اهداف کاربردی..... ۱۵
- ۱-۴- سوالات پژوهش..... ۱۵
- ۱-۵- تعریف واژه های اختصاصی..... ۱۵
- ۱-۵-۱- سبک زندگی:
- ۱-۵-۱-۱- سبک زندگی..... ۱۵
- ۱-۵-۲- شیفت کاری..... ۱۶
- ۱-۵-۳- کیفیت زندگی..... ۱۶

فصل دوم

ادبیات پژوهش

- ۲-۱- مقدمه..... ۱۸
- ۲-۲- مفهوم سبک زندگی..... ۱۸
- ۲-۴- مفهوم کیفیت زندگی..... ۱۹
- ۲-۵- عوامل موثر بر کیفیت زندگی..... ۲۰
- ۲-۶- کیفیت زندگی کاری..... ۲۱
- ۲-۷- نوبت کاری..... ۲۳
- ۲-۸- نوبت کاری چگونه می تواند بر روی کارکنان پرستاری اثر بگذارد؟..... ۲۳
- ۲-۹- انواع نوبت کاری..... ۲۴

۲۵	۱۰-۲- خطرات نوبت کاری ...
۲۵	۱۰-۲-۱- خطرات بهداشتی
۲۷	۱۰-۲-۲- مشکلات اجتماعی و خانوادگی
۲۷	۱۰-۳- پیامدهای ایمنی و اثر بر روی عملکردشغلی
۲۷	۱۱-۲- مروری بر متون

فصل سوم

روش پژوهش

۳۲	۳-۱- روش مطالعه
۳۲	۳-۲- روش اجرا
۳۲	۳-۳- جامعه و روش نمونه گیری
۳۲	۳-۳-۱- جامعه مورد مطالعه
۳۲	۳-۳-۲- روش نمونه گیری
۳۲	۳-۴- معیارهای ورود و خروج
۳۳	۳-۵- حجم نمونه
۳۳	۳-۶- روش جمع آوری و تجزیه و تحلیل داده ها
۳۵	۳-۷- روش تجزیه و تحلیل داده ها
۳۴	۶-۸- ملاحظات اخلاقی

فصل چهارم

یافته های پژوهش

۳۷	۴-۱- یافته های توصیفی
۴۰	۴-۲-۴-۲- تحلیل داده ها

فصل پنجم

بحث و نتیجه گیری

۴۵	بحث
----	-----------

۴۹.....	۵-۲- نتیجه گیری.....
۵۰.....	۵-۳- محدودیت های پژوهش.....
۵۰.....	۵-۴- کاربرد یافته ها.....
۵۱.....	منابع.....
۵۲.....	پیوست ها.....

فهرست جداول

۳۷.....	جدول ۴-۱ ویژگی های فردی-اجتماعی پرستاران شاغل در بخش های ویژه.....
۳۸.....	جدول ۴-۲. میانگین تعداد شیفت های پرستاران شاغل در بخش های ویژه.....
۳۸.....	جدول ۴-۳. میانگین نمره سبک زندگی پرستاران به تفکیک بخش
۳۹.....	جدول ۴-۴. توزیع فراوانی سبک زندگی پرستاران شاغل در بخش های ویژه به تفکیک بخش.....
۴۰.....	جدول ۴-۵. میانگین نمره کیفیت زندگی پرستاران به تفکیک بخش های ویژه.....
۴۱.....	جدول ۴-۶. همبستگی نمره کل کیفیت زندگی و ابعاد آن با سبک زندگی در پرستاران شاغل در بخش ویژه.....
۴۲.....	جدول ۴-۷. همبستگی متغیرهای فردی-اجتماعی با کیفیت زندگی و سبک زندگی پرستاران.....
۴۳.....	جدول ۴-۸. رگرسیون خطی چند متغیری برای پیش بینی کیفیت زندگی توسط سبک زندگی.....

چکیده:

زمینه: کیفیت زندگی به شرایط کاری و شیوه زندگی فرد وابسته بوده و افت کیفیت زندگی پرستاران می تواند باعث کاهش کیفیت خدمات ارائه شده به بیماران گردد.

هدف: هدف این تحقیق بررسی ارتباط سبک زندگی و کیفیت زندگی پرستاران در شیفت های مختلف شاغل در بخش های ویژه است.

روش کار: در این مطالعه توصیفی- همبستگی جامعه آماری شامل پرستاران شاغل در بخش های ویژه بیمارستانهای منتخب دانشگاه علوم پزشکی ایران، حداقل دارای یکسال سابقه کار، شیفت کاری (صبح، عصر یا شب) بودند. ۳۶۰ نفر پرستار شاغل در بخش های ویژه به روش خوشه ای تصادفی انتخاب شدند. برای گردآوری داده ها از دو پرسشنامه پرسشنامه سبک زندگی میلر و اسمیت و پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت استفاده شد.

یافته ها: میانگین سنی پرستاران $38/65 \pm 9/89$ و اکثریت آنها (۶۴/۷٪) زن بودند. نتایج آزمون همبستگی پیرسون نشان داد که سبک زندگی با نمره کل کیفیت زندگی و تمام زیرمقیاس های آن ارتباط مستقیم معنی دار دارد. همچنین نتایج تجزیه و تحلیل رگرسیونی بیانگر ارتباط مستقیم سبک زندگی و کیفیت زندگی پرستاران بخش های ویژه ($p < 0/001$ و $B = 0/207$) و ارتباط معکوس تعداد شیفت شب با کیفیت زندگی بود ($p < 0/001$ و $B = -1/049$).

نتیجه گیری: متغیر شیفت شب پیش بینی کننده مناسبی برای کیفیت زندگی و سبک زندگی پرستاران بخش های ویژه است. لذا ارائه راهکارهایی جهت تعدیل شیفت های کاری پرستاران به منظور بهبود سبک و کیفیت زندگی آنان پیشنهاد می شود.

کلمات کلیدی: سبک زندگی، کیفیت زندگی، شیفت کاری، پرستاران

فصل اول

کلیات پژوهش

بیان مسئله

زمانی که از کیفیت زندگی صحبت می شود، منظور زندگی ایده آل نیست بلکه توجه به «جنبه هایی از زندگی افراد است که برای آنها ایده آل است و بیانگر بهترین وضعیت زندگی برای آنان است. کیفیت زندگی رضایت از زندگی در حیطه های خاصی است. آن ها حیطه های کار، مسکن، سلامتی، همسایگی، دوستی ها، ازدواج، زندگی خانوادگی، سطح تحصیلات و پس انداز را مؤلفه های کیفیت زندگی قلمداد می کردند. کیفیت زندگی را به دو طبقه اصلی کاری و غیر کاری تقسیم کردند. کیفیت زندگی کاری به مسائل شغلی و کیفیت زندگی غیر کاری به دامنه ای از مواردی چون ازدواج یا روابط نزدیک فامیلی، سلامتی، زندگی خانوادگی، همسایگی، زندگی جنسی، سکونت، دوستی ها، تحصیلات، استانداردهای زندگی و فعالیت های اوقات فراغت مربوط است (۱).

بر اساس تعریف سازمان جهانی بهداشت، کیفیت زندگی درک افراد از زندگی خود در قالب نظام های ارزشی و فرهنگی است که با آرمان ها، انتظارات، استاندارد و علایق آنها در ارتباط است. در تعریفی دیگر کیفیت زندگی عبارت است از میزان درجه لذت فرد از امکانات مهم زندگی و این امکانات از فرصت ها و محدودیت های هر شخص در زندگی ایجاد می شود. هدف نهایی کیفیت زندگی پرستاران و کاربرد آن برای زندگی این است که آنها را قادر سازند تا زندگی با کیفیت بالا، معنی دار و لذت بخشی را تجربه کنند. کیفیت زندگی احساس خوشبختی و رضایت از زندگی به عنوان شاخص های سلامت عمومی و بهداشت روانی تلقی می شوند (۲ و ۳).

مطالعات مختلف نشان می دهد کیفیت زندگی به صورت مستقیم به سبک زندگی فرد وابسته است (۱، ۴-۷). سبک زندگی شیوه ای نسبتاً ثابت است که فرد برای رسیدن به اهداف خود به کار می برد یعنی راهی است برای رسیدن به اهداف زندگی. واژه سبک زندگی اولین بار توسط آلفرد آدلر روانشناس اتریشی در سال ۱۹۲۹ بکار برده شد و معنی جامعه شناختی آن، راهی است که فرد زندگی میکند. یک سبک زندگی به طور بارز نگرش ها، ارزش ها و جهان بینی افراد را منعکس می کند و در واقع شیوه زندگی فرد است و عواملی همچون ویژگیهای شخصیتی، تغذیه، ورزش، خواب، مقابله با استرس، حمایت اجتماعی و استفاده از دارو را شامل می شود. با ارزیابی سبک زندگی افرادی توان میزان موفقیت های فردی و اجتماعی آنان را در زندگی مورد ارزیابی قرار داد. سبک زندگی هر فرد متأثر از دو عامل عمده است: شخصیت فرد و ویژگیهای محیط و مهمترین عامل که می تواند در سراسر عمر بر سبک زندگی افراد تاثیر گذارد ویژگی ها و شرایط محیطی مانند شرایط شغلی است (۸). پیروان آدلر معتقدند سبک زندگی مهمترین عاملی است که هرکس زندگی خود را براساس آن تنظیم می کند. براین اساس، سبک زندگی مجموعه عقاید، طرح ها و نمونه های عاداتی رفتار و شیوه های تبیین شرایط اجتماعی یا شخصی است که نوع خاص واکنش فرد را تعیین می کند. یکی از راههای درک بهتر مفهوم

"سبک زندگی" بررسی عناصر و مولفه هایی است که برای سبک زندگی در نظر گرفته شده اند. منظور از مولفه، اموری هستند که مصداق عینی سبک زندگی محسوب می شوند. در زمینه مولفه های شناخته شده سبک زندگی می توان به فعالیتهای فیزیکی، اوقات فراغت، خواب و بیداری، روابط اجتماعی، روابط خانوادگی، معنویت، ایمنی و آرامش، تغذیه و غیره اشاره کرد که هر کدام به منزله شاهراهی از زندگی افراد محسوب می شوند(۹).

سبک زندگی از عوامل مهم کاهش بروز و شدت بیماری ها و عوارض ناشی از آنها ست و روشی جهت ارتقا سلامتی و کیفیت زندگی می باشد. پیشگیری از بیماری های متأثر از سبک زندگی و ارتقا سطح سلامت روانی فردی و اجتماعی مستلزم آگاهی از این موضوع است که موقعیت های زندگی سلامت افراد را چگونه به خطر می اندازد. در این مورد می توان به نتایج پژوهش های محققان اشاره کرد. امروزه اعتقاد بر این است که بیش از ۷۰ درصد بیماریها به گونه ای با سبک زندگی فرد ارتباط دارد. به طوری که بسیاری از ناخوشی های آدمی از جمله بیماری های قلبی و عروقی، تنفسی، حرکتی- عضلانی و غیره به طور مستقیم و غیر مستقیم از شیوه زندگی فرد ناشی می شود و یا حداقل آنکه شیوه زندگی در تشدید یا دوام آنها نقش دارد(۱۰، ۱۱).

طبق گزارش سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۰۸، ۷۰٪-۸۰٪ مرگ و میر در کشورهای توسعه یافته و ۴۰٪-۵۰٪ در کشورهای کمتر توسعه یافته ناشی از بیماری های مرتبط با سبک زندگی بیان شده است(۱۲). همچنین شواهد موجود بیانگر این است که علت بسیاری از مرگ و میر ها و بیماری ها نتیجه سبک زندگی (ناسالم) و رفتارهای پرخطری است که این مسأله چالشی آشکار را در مسیر سلامت حرفه ای نیز ایجاد کرده است(۱۳).

پرستاری از حرفه هایی است که شرایط کار بر سبک زندگی افراد ممکن است تأثیر گذار باشد و این شرایط حرفه ای خاص، منجر به تجارب و ادراکاتی می گردد که می تواند مفهوم سبک زندگی متفاوتی را بوجود آورد. از طرفی باید به خاطر داشت که افراد حرفه ای از جمله پرستاران نیز از تأثیرات سبک زندگی مصون نیستند، به عنوان مثال آنها در محیط حرفه ای خود در معرض خطرات وابسته به شغل می باشند که عوارض جسمانی و روانی مخربی را در آنان ایجاد می کند(۱۲).

همچنین رویکرد پیشگیری از بیماری ها در ارتباط با سبک زندگی نظیر دیابت، بیماری های قلبی، سرطان، استیوپوروز، بیماری های انسدادی مزمن ریه، آسم، بیماری های عضلانی و وضعیت های سلامت روان جدی گرفته شده است و پرستاران می توانند نقش با ارزشی را در این زمینه ایفا نمایند. اما رسیدن به این هدف در صورتی امکان پذیر خواهد بود که پرستاران خود از سلامت جسمی و روانی بهره مند بوده و سبک زندگی سالمی داشته باشند(۱۴).

نتایج مطالعات به دست آمده نشان می دهد که پرستاران از اکثر عناصر یا مؤلفه های زندگی کاری خود رضایت ندارند و اکثریت قریب به اتفاق این افراد از وجود حوادث ناشی از کار، نامطلوب بودن شرایط بهداشتی

محیط کار، پایین بودن میزان حقوق ماهیانه، امکانات رفاهی، پاداش های نقدی و غیرنقدی و همچنین وجود استرسهای شغلی ناراضی هستند به طوری که در مجموع دو سوم پرستاران از زندگی کاری خود رضایت ندارند(۱۵). نتایج برخی بررسی ها گواه به نابسامانی هایی در سبک زندگی پرستاران می باشد(۵، ۱۳). شواهد نشان می دهد که کاهش احساس رفاه و سلامتی نه تنها باعث عدم برخورداری پرستاران از سلامتی می گردد بلکه از طریق تحت تأثیر قرار دادن خدمات ارائه شده توسط آنها، به طور غیر مستقیم بر کیفیت خدمات پرستاری جامعه اثر خواهد گذاشت. عادت ها و علایق شخصی یک پرستار و وضعیت زندگی وی در رویکرد او به بیماران موثر بوده و بدیهی است در صورتی که پرستار خود شیوه زندگی صحیحی داشته باشد در افزایش سطح سلامت مردم موفقیت بیشتری کسب خواهد نمود(۱۶).

پرستاران در سبک زندگی خود نیز با چالش های زیادی مواجه هستند که سایر حرفه ها کمتر با آنها برخورد دارند نظیر: نوبت های کاری متغیر و در گردش، ساعات کاری طولانی، بیدار ماندن های متوالی و نداشتن استراحت کافی، مواجهه مداوم با درد و آلام بیماران، مشاهده صحنه های ناخوشایند و انجام مداخلات درمانی-مراقبتی مانند: احیای بیماران در حال احتضار و فضای بحرانی بخش ها، چالش های شغلی با دیگر همکاران و تناقض در انجام وظایف، مواجهه با بیماران و همراهان آنها روبرو می باشند که تهدید کننده سلامتی آنها می باشد(۶). مطالعه روی سبک زندگی پرستاران مشکلات زیادی را نشان می دهد که بر روی کیفیت زندگی پرستاران اثر سوء می گذارد(۱۷، ۱۸).

یکی از این مشکلات که پرستاران در رابطه با سبک زندگی و کیفیت زندگیشان تجربه می کنند، الگوی خواب است. تحقیقات در مورد اختلال خواب بین پرستارانی که در شیفت شب کار می کنند با پرستارانی که در شیفت غیر شب کار می کنند تفاوت معنی داری را نشان می دهد. همچنین مشکلات خواب در بین پرستاران نه تنها با شیفت شب در ارتباط است بلکه با سبک زندگی آنان نیز در رابطه است(۱۹).

شیفت های کاری یکی از عوامل موثر بر بروز استرس در افراد شاغل در بیمارستان ها است. مطالعات نشان می دهد کار در شیفت شب یکی از عواملی است که موجب تسریع بروز فرسودگی شغلی می شود. کارهایی که به صورت نوبت کاری انجام می شوند، می توانند موجب اختلال در ریتم ۲۴ ساعته شده، پیامدهای فیزیولوژیک مثل افزایش شیوع مشکلات گوارشی، تغییرات خواب، خستگی مداوم، مشکلات قلبی عروقی و تغییرات رفتاری نظیر کاهش کارایی و تحریک پذیری را بدنبال داشته باشد. افزایش طلاق، اختلافات خانوادگی و حوادث حین کار در این نوع کار بیشتر مشاهده می شود(۱۸). همچنین شیوع بالای ریسک فاکتورهایی مثل چاقی، درد پشت و کمر، افزایش وزن، عدم فعالیت های فیزیکی و عادات بد غذا خوردن در میان پرستاران شیفت در گردش و شب کار بیشتر است. در رابطه با ساعات کاری، مطالعات نشان می دهد افزایش ساعات کار موجب افزایش تعارض وظایف شغلی و خانوادگی می گردد که می تواند به استرس شغلی و کاهش کیفیت زندگی آنان بیانجامد که مؤید ارتباط سبک زندگی و استرس شغلی با کیفیت زندگی کاری است(۲۰، ۲۱).

نتایج تحقیقات موید این نکته است که کیفیت زندگی مطلوب و رفاه کلی به شرایط کاری و خانوادگی افراد بستگی دارد. مطابق با یک مطالعه یک سوم پرستاران هر دو گروه شاغل در بخش های ویژه و غیر ویژه سطح سلامت مطلوبی نداشته و حداقل یکی از واکنش های هیجانی استرس، اضطراب و افسردگی را دارا بودند به طوری که حتی میزان افسردگی در پرستاران شاغل در بخش های ویژه نسبت به پرستاران شاغل در سایر بخش ها بیشتر بود. همچنین تحقیقات دیگر نشان می دهد که بروز خطر بیماری های قلبی عروقی، سندرم متابولیک و دیابت نوع ۲ در کارکنان شیفتی بیشتر است، در این مطالعات کارکنان شیفتی تمایل به افزایش وزن بیشتر داشتند و اغلب آنان نیز خواب کمتر داشتند که می تواند به بروز اختلال در سوخت و ساز بدن و مشکلات قلبی و عروقی منجر شود (۳). ۷/۴٪ از پرستاران در هر هفته به دلیل فرسودگی و ناتوانی ناشی از استرس و اضطراب ناشی از کار غیبت می کنند که ۸۰٪ بیشتر از سایر حرفه هاست (۲۲، ۲۳)، از سوی دیگر استرس شغلی منجر به فرسودگی در پرستاران می شود که بر اثر آن قوای جسمی، هیجانی فرد تحلیل رفته و بروز پاسخ های منفی فرد نسبت به خود و دیگران را در پی دارد که به طور منفی روی کیفیت زندگی تاثیر می گذارد. تحقیقات نشان داد که زمانی کارمندان کیفیت زندگی کاری بالایی را درک می کنند که کمترین اثر منفی روی زندگی شخصی شان را داشته باشد. لذا کارشیفتی به علت اختلال در زندگی خانوادگی و اجتماعی باعث کاهش کیفیت زندگی کاری می شود (۱۹).

یکی از مهم ترین چالش های مدیریت پرستاری در جهت ارتقاء کیفیت خدمات پرستاری، حفظ و ارتقاء کیفیت زندگی پرستاران است، زیرا هرگونه عدم تناسب در کیفیت زندگی پرستاران می تواند به کاهش کیفیت خدمات و مراقبت ها منجر شود. ارتقاء کیفیت زندگی پرسنل بهداشتی به عنوان یکی از عوامل مهم پایداری سیستم درمان مشخص شده است. اگرچه کیفیت زندگی در تمامی مشاغل اهمیت ویژه دارد، ولی این مفهوم در سازمان های مراقبت سلامت نقشی مهمتری دارد. همچنین محیط کاری پرستاران روی کیفیت مراقبت ارائه شده، ابقای پرستاران و در نهایت بر روی هزینه ها تأثیر می گذارد، علیرغم این واقعیات، برخی مواقع پرستاران به عنوان بزرگترین گروه کاری که در دنیای پیچیده ای زندگی می کنند، آموزش می بینند که به دقت به کیفیت زندگی بیماران و مراقبت از آنها توجه داشته باشند، اما بندرت به این مساله عنایت دارند که خودشان نیز ممکن است نیازمند مراقبت باشند (۵).

اهمیت و ضرورت پژوهش

از آنجایی که پرستاران به عنوان بزرگترین گروه ارائه دهنده خدمات بهداشتی و مراقبتی، باید مراقبت ها را به شکل مطلوب به مددجویان ارائه دهند و این در صورتی میسر است که پرستاران از نظر روحی-روانی در سطح مطلوبی

باشند. بنابراین باید به سلامت و کیفیت زندگی پرستاران به خصوص پرستاران بخش های ویژه اهمیت داده شود. از آنجایی که سبک های زندگی متفاوت، همچنین شرایط شغلی بر روی کیفیت زندگی تأثیر می گذارند و استرس های شغلی بر سلامتی و نیز کیفیت زندگی افراد تأثیر جدی دارند، توجه به سلامت و کیفیت زندگی پرستاران و سالم نگه داشتن این گروه در درجه اول به عنوان یک انسان و در درجات بعدی به عنوان فردی که حافظ سلامت اعضای دیگر جامعه است از اهمیت ویژه ای برخوردار است. در حالی که تلاش های زیادی برای تعیین کیفیت زندگی پرسنل های بیمارستانی انجام شده است؛ اما مطالعات محدودی در جهت شناسایی فاکتورهای تأثیرگذار بر کیفیت زندگیان کارکنان صورت گرفته است بنابراین با توجه مشکلات ذکر شده و تجارب محقق به عنوان یکی از پرستاران شاغل در بخش های ویژه و لزوم مطالعه در زمینه بررسی سبک زندگی و کیفیت زندگی پرستاران بخش های ویژه این مطالعه با هدف تحقیق بررسی ارتباط سبک زندگی و کیفیت زندگی پرستاران در شیفت های مختلف شاغل در بخش های ویژه انجام شد.

اهداف:

هدف اصلی:

تعیین ارتباط سبک زندگی و کیفیت زندگی پرستاران در شیفت های مختلف شاغل در بخش های ویژه بیمارستانهای منتخب دانشگاه علوم پزشکی ایران

اهداف اختصاصی:

۱. تعیین میانگین نمره سبک زندگی پرستاران شاغل در بخش های ویژه بیمارستانهای منتخب دانشگاه علوم پزشکی ایران.
۲. تعیین میانگین نمره کیفیت زندگی پرستاران شاغل در بخش های ویژه بیمارستانهای منتخب دانشگاه علوم پزشکی ایران.
۳. تعیین ارتباط سبک زندگی و کیفیت زندگی در شیفت های مختلف پرستاران شاغل در بخش های ویژه بیمارستانهای منتخب دانشگاه علوم پزشکی ایران.
۴. تعیین ارتباط اطلاعات فردی- اجتماعی و سبک زندگی با کیفیت زندگی پرستاران شاغل در بخش های ویژه بیمارستانهای منتخب دانشگاه علوم پزشکی ایران .

اهداف کاربردی

سبک‌های زندگی متفاوت و همچنین شرایط شغلی بر روی کیفیت زندگی تاثیر می‌گذارند و استرس‌های شغلی بر سلامتی و نیز کیفیت زندگی افراد تاثیر جدی دارند. با توجه به اهمیت سلامت و کیفیت زندگی پرستاران به خصوص پرستاران بخش‌های ویژه و همچنین حفظ نیروی پرستاری در درجه اول به عنوان یک انسان و در مرحله بعدی به عنوان فردی که حافظ سلامتی و تندرستی افراد دیگر جامعه است، نتایج این مطالعه می‌تواند در جهت ایجاد برنامه ریزی به سمت سبک زندگی سالم برای تیم درمان خصوصاً پرستاران و توجه به رفاه آنان به کار رود.

سوالات پژوهش

۱. میانگین نمره سبک زندگی پرستاران شاغل در بخش ویژه بیمارستان‌های منتخب دانشگاه علوم پزشکی ایران چقدر است؟
۲. میانگین نمره کیفیت زندگی پرستاران شاغل در بخش‌های ویژه بیمارستان‌های منتخب دانشگاه علوم پزشکی ایران چقدر است؟
۳. آیا رابطه‌ای بین سبک زندگی با کیفیت زندگی پرستاران شاغل در بخش‌های مراقبت ویژه بیمارستان‌های منتخب دانشگاه علوم پزشکی ایران در شیفت‌های مختلف کاری وجود دارد؟
۴. آیا ارتباطی بین اطلاعات فردی-اجتماعی و سبک زندگی با کیفیت زندگی پرستاران شاغل در بخش‌های ویژه بیمارستان‌های منتخب دانشگاه علوم پزشکی ایران وجود دارد؟

تعریف واژه‌های اختصاصی

سبک زندگی:

تعریف نظری: طبق تعریف سازمان جهانی بهداشت، سبک زندگی ترکیبی از الگوهای رفتاری و عادات فردی در سراسر زندگی شامل تغذیه تحرک بدنی، استرس، مصرف دخانیات و کیفیت خواب است که در پی اجتماعی شدن بوجود آمده است. شیوه زندگی پدیده‌ای چندوجهی است که تمام جنبه‌های زندگی روزمره، خواب، غذا، بهداشت، آداب و رسوم، کار، بازی، سرگرمی، وقت‌گذرانی، روابط اجتماعی، طرز تفکر، رفتار، احساسات و عواطف است (۲۴).

تعریف عملی: در این مطالعه منظور از سبک زندگی نمره‌ای است که با استفاده از پرسشنامه سبک زندگی میلر و اسمیت اخذ شد.

شیفت کاری :

تعریف نظری: شیفت کاری، به صورت هر نوع کاری که به طور منظم و معین در طول شبانه روز انجام پذیرد تعریف می شود. پدیده شیفت کاری در بسیاری از مشاغل از جمله پزشکی، پرستاری، آتش نشانی و.... وجود دارد و افراد در این مشاغل به طور شبانه روزی در حال فعالیت هستند(۲۵).

تعریف عملی: منظور از شیفت کاری در این مطالعه شبفت های صبح، عصر و شب است که ۲۴ ساعت شبانه روز را پوشش می دهد.

کیفیت زندگی

تعریف نظری: بر اساس تعریف سازمان جهانی بهداشت، کیفیت زندگی درک افراد از زندگی خود در قالب نظامهای ارزشی و فرهنگی است که با آرمانها، انتظارات، استاندارد و علایق آنها در ارتباط است. به عبارتی دیگر کیفیت زندگی عبارت است از میزان درجه لذت فرد از امکانات مهم زندگی و این امکانات از فرصت ها و محدودیتهای هر شخص در زندگی ایجاد می شود(۲۶).

تعریف عملی: در این مطالعه منظور از کیفیت زندگی نمره ایی است با استفاده از پرسشنامه WHOQOL-BREF در چهار حیطه سلامت جسمانی(فیزیکی)، حیطه روانشناختی، حیطه روابط اجتماعی، حیطه محیط زندگی اخذ شد.

فصل دوم

پیشینه پژوهش

مقدمه:

در این فصل ابتدا ادبیات نظری پژوهش در مورد سبک زندگی و کیفیت زندگی مورد بحث قرار می‌گیرد و سپس به بررسی پژوهش‌های انجام شده در این حیطه پرداخته می‌شود.

سبک زندگی^۱:

سبک زندگی مفهوم بسیار مهمی است که اغلب برای بیان روش زندگی مردم به کار می‌رود و منعکس کننده طیف کاملی از ارزش‌ها، عقاید و فعالیت‌های اجتماعی است. در واقع سبک زندگی اصطلاحی است که آدلر برای اشاره به حال و هوای زندگی فرد به کار برده است. سبک زندگی، هدف فرد، خودپنداره، احساس‌های فرد نسبت به دیگران و نگرش فرد نسبت به دنیا را شامل می‌شود (۲۷). آدلر معتقد بود که سبک زندگی در اوایل کودکی شکل می‌گیرد و آنها می‌توانند به کمک آن به شیوه‌های خاص خودشان به سوی کمال یا برتری حرکت کنند. وی به برخی از سبک‌های زندگی اشاره کرده است. این سبک‌ها بر اساس دو بعد دسته‌بندی شده‌اند: علاقه اجتماعی و میزان فعالیت (یعنی میزان تلاش فرد برای رشد و برتری خود). علاقه اجتماعی عبارتست از دلسوزی برای دیگران و همکاری با آنان برای پیشرفت اجتماعی. میزان فعالیت نیز به مقدار انرژی اطلاق می‌گردد که فرد برای رفع مشکلاتش صرف می‌کند (۲۶).

در تعریفی دیگر سبک زندگی مجموعه‌ای کم و بیش جامع از عملکردها است که فرد آن‌ها را به کار می‌گیرد. این عملکردها نه فقط نیازهای جاری او را برآورده می‌سازد بلکه تصویر خاصی را هم که وی برای هویت خویش بر می‌گزیند، در برابر دیگران مجسم می‌سازد. سبک زندگی مجموعه‌ای نسبتاً منسجم از همه رفتارها و فعالیت‌های یک فرد معین در جریان زندگی روزمره است (۲۸).

ویلیام کاکرهام^۲ از جمله دیگر افرادی است که در دوره اخیر به بسط مفهوم سبک زندگی در حوزه سلامت پرداخته است. او نیاز به تئوری "سبک زندگی سلامت"^۳ را با این حقیقت توجیه می‌کند که بسیاری از عادات سبک زندگی روزمره درگیر توجه به نتایج سلامت است و همچنین بر این نکته تاکید دارد که برخلاف دوران تاریخی قبل، در دوران معاصر، به دلیل تغییرات ایجاد شده در الگوهای بیماری، مدرنیته و هویت‌های اجتماعی، سلامتی به عنوان یک دستاورد در نظر گرفته می‌شود. چیزی که افراد خود را موظف می‌دانند تا با ارتقای کیفیت زندگی‌شان، آن را به دست آورند، چه در غیر این صورت، متحمل مرگ زودرس و یا ابتلا به بیماری‌های سخت و مزمن خواهند شد (۲۹).

1- Style of life

2. William C.Cockerham

3. Health Lifestyle

از طرفی سبک زندگی سلامت به عنوان الگوهای جمعی مرتبط با سلامتی بر اساس انتخاب هایی از گزینه های در دسترس مردم تعریف شده است که با فرصت های زندگی آن ها مطابقت دارد و هنگامی که این مفهوم به کار برده می شود، سوال این است که آیا تصمیمات افراد در رابطه با رژیم غذایی، ورزش، سیگار کشیدن و غیره یک مساله انتخاب شخصی است یا این که اساسا توسط موقعیت های اجتماعی یا جنسیت شکل گرفته است؟ بنابراین به نظر می رسد که سبک های زندگی سلامت رفتارهای ناهماهنگی از افراد مجزا نیست. بلکه عادات شخصی هستند که به اشکال توده ای که بیانگر گروه ها و طبقات خاصی است، تبدیل شده اند (۳۰).

از سوی دیگر مطالعات تجربی معاصر نشان می دهند که متغیرهای دیگری نیز همچون سن، جنسیت، نژاد و قومیت سبک زندگی سلامت را تحت تاثیر قرار می دهند. به این معنا که افراد با افزایش سن تمایل بیشتری به رفتارهای مثبت سبک زندگی و مراقبت از خود دارند. همچنین بر اساس این مطالعات زنان سبک زندگی سالم تری نسبت به مردان دارند. اما در مورد تاثیر نژاد و قومیت بر سبک زندگی سلامت شرایط متفاوتی وجود دارد. در مطالعات مربوط به قومیت و نژاد بیشتر سطح کلی سلامتی مورد توجه بوده تا سبک زندگی سلامت و رفتارهای مرتبط با آن. در این ارتباط بلاکستر در بررسی گسترده ای که در انگلستان انجام داد دریافت که شرایطی که افراد در آن زندگی می کنند اشارات مهمی به رفتارهای مرتبط با سلامتی دارد؛ به طوری که شرایط مناسب زندگی منجر به کنش ها و رفتارهای مثبت در ارتباط با سلامت می شود، در حالی که زندگی در شرایط نامناسب تاثیر منفی بر سبک زندگی سلامت دارد (۳۱).

سبک زندگی هر کسی متأثر از اهداف یا هدف غایی او است. هدف غایی و نهایی هر کسی به صورت طبیعی آداب متناسب با خود را بر فرد الزام می کند؛ یعنی الزامات رفتاری و انضباط خاصی را پدید می آورد و به صورت موثر می تواند بر سلامت فرد تاثیر گذار باشد.

مفهوم کیفیت زندگی

در سطح معنا شناسی واژه کیفیت به معنی عالی و خوب بودن زندگی می باشد که همان اصل اساسی زندگی است. زمانی که از کیفیت زندگی صحبت می شود، منظور زندگی ایده آل نیست بلکه توجه به جنبه هایی از زندگی افراد است که برای آنها ایده آل است و بیا نگر بهترین وضعیت زندگی برای آنان است. کمپل و همکارانش کیفیت زندگی را رضایت از زندگی در حیطه های خاصی می دانستند. آن ها حیطه های کار، مسکن، سلامتی، همسایگی، دوستی ها، ازدواج، زندگی خانوادگی، سطح تحصیلات و پس انداز را مؤلفه های کیفیت زندگی قلمداد می کردند (۳۲).

همان طوری که پیشتر اشاره شد، تعاریف عملیاتی کیفیت زندگی متنوع هستند، تعاریف مختلفی در تأکید بر جنبه های فردی - اجتماعی و یا نظری - عملی با هم تفاوت دارند.

سازمان بهداشت جهانی^۱ کیفیت را به عنوان درک افراد از موقعیتشان در زندگی و همچنین در ارتباط با بافت فرهنگی و نظام های ارزشی محیطشان و مرتبط با اهداف، معیارها و علایق شان تعریف می کند. این کیفیت تحت تأثیر تعامل عواملی چون سلامتی فرد، حالات ذهنی، مذهبی بودن، روابط و عناصر محیطی می باشد. هاز^۲ کیفیت زندگی را بررسی چند بعدی از شرایط کنونی فرد با توجه به بستر فرهنگی که شخص در آن زندگی می کند و ارزشهایی که به آنها اعتقاد دارد تعریف می کند. کیفیت زندگی درک ذهنی از بهکامی است و مرکب از ابعاد فیزیکی، روان شناختی، اجتماعی و مذهبی می باشد. کیفیت زندگی به عنوان مفهومی که شرایط مطلوب فرد را در ارتباط با هشت بعد اصلی زندگی یعنی بهزیستی عاطفی، روابط بین فردی، بهزیستی مادی، رشد فردی، بهزیستی فیزیکی، خود فرمانی، شمول اجتماعی و حقوق را منعکس می کند، تعریف می کند. کیفیت زندگی بررسی چند بعد از شرایط کنونی فرد با توجه به بستر فرهنگی که شخص در آن زندگی می کند و ارزش هایی که به آن اعتقاد دارد (۳۳).

در بازسازی کیفیت زندگی سه هدف عمده دنبال می شود: ۱- شرایط مادی زندگی که مربوط به خود فرد و پاکیزگی محیط پیرامون است. مانند، هوای خوب برای نفس کشیدن، مصونیت غذایی، مکان زندگی، امنیت، آسایش، دسترسی و پیشرفت در آموزش و خدمات اجتماعی. ۲- رضایتمندی^۳، یعنی تا چه میزان فرد از خود و زندگیش رضایت دارد. ۳- توانمند کردن^۴ افراد به گونه ای که قادر شوند نوع زندگی خود را با توجه به فرصت های بدست آمده انتخاب کنند. یعنی افراد اختیارات و انتخابات خود را تحقق بخشند. این توانمند سازی هم دارای بعد مادی و هم دارای بعد غیر مادی می باشد، از نظر مالی تامین و به خدمات و سرویس ها دسترسی داشته باشد، همچنین فرد از تبعیض ها آزاد باشد، مورد تایید قرار گیرد و دارای اعتماد به نفس و نگرش های قابل قبول باشد (۳۴).

عوامل موثر بر کیفیت زندگی

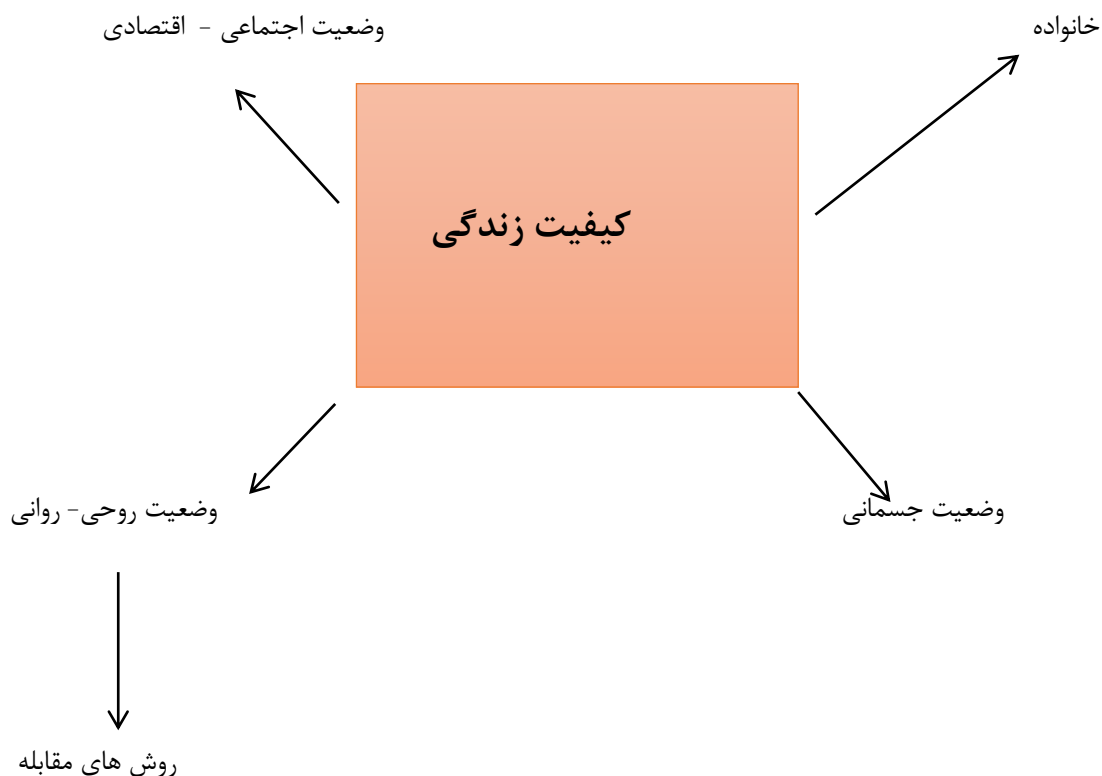
محققین بسیاری رابطه عمیق بین عوامل مرتبط با کیفیت زندگی را اثبات نموده اند (۳۲). ارتباط این عوامل را به صورت دیاگرام زیر نشان داده است:

1-World Health Organization (W H O)

2-Hass

3- Satisfaction of life

4- Enablement



شکل ۱-۲. ارتباط بین عوامل مختلف مرتبط با کیفیت زندگی

این چهار متغیر اصلی می توانند مستقلاً یا توأم با یکدیگر بر روی کیفیت زندگی تأثیر گذار باشند. البته لازم به ذکر است که فرد از کیفیت زندگی اش نیز می تواند بر هر کدام از متغیر های نامبرده تأثیر گذارد. بطوری که اگر درک افراد از کیفیت زندگی شان کاهش یابد، می تواند بر توانایی آنها در محیط کاری و شغلی شان تأثیر گذاشته و موجب نقصان شرایط اقتصادی و اجتماعی آنان گردد. برخورداری از کیفیت زندگی ضعیف می تواند بر روی ارتباطات خانوادگی نیز تأثیر گذارد، کیفیت زندگی ضعیف می تواند موجب بکارگیری مکانیسم های مقابله و سازگاری ناموثر در افراد شده و متعاقباً موجب افزایش تنش در آنان شود و افزایش تنش خود در ارتباط مستقیم با عوامل فیزیکی و جسمی بوده و می تواند شدت بیماری در فرد را افزایش دهد (۳۵).

بنابراین مشخص است که کیفیت زندگی یک مفهوم و ساختار چند بعدی و پیچیده می باشد که از جنبه های مختلفی نیاز به ارزیابی دارد. متغیر های روحی- روانی مانند افسردگی، اعتماد به نفس و خوش بینی می توانند به واسطه تأثیرات متغیر های فردی (سن، وضعیت اجتماعی و اقتصادی) و حتی ویژگی های بیماری بر روی کیفیت زندگی نقش

داشته باشند. سایر عوامل موثر بر کیفیت زندگی شامل: رضایت از خود و زندگی خانوادگی، منابع اقتصادی در دسترس و فعالیت های اجتماعی می باشند(۳۶).

کیفیت زندگی کاری

اصطلاح کیفیت زندگی کاری در سال های اخیر رواج زیادی داشته است. اما در مورد معنای این اصطلاح توافق کمی وجود دارد، در عین حال می توان گفت حداقل دو استفاده شایع از آن وجود دارد: اول اینکه کیفیت زندگی کاری اشاره به مجموعه ای از نتایج برای کارکنان نظیر رضایتمندی شغلی، فرصت های رشد، مسائل روانشناختی، امنیت شغلی، روابط انسانی کارفرما، کارکنان و میزان پایین بودن حوادث دارد. دوم، کیفیت زندگی کاری همچنین به مجموعه ای از کارها یا عملکردهای سازمانی نظیر مدیریت مشارکتی، غنی سازی شغلی و شرایط کاری مطمئن اشاره دارد. در این رابطه برنامه های کیفیت زندگی کاری ممکن است به عنوان راهبرد مدیریت منابع انسانی شامل عملکردهای کیفیت زندگی کاری، بهبود برنامه های کیفیت زندگی کاری، بهبود کارایی و بهره وری سازمانی در نظر گرفته شود(۳۷).

امروزه در مدیریت معاصر مفهوم کیفیت زندگی کاری به موضوع اجتماعی عمده ای در سراسر دنیا مبدل شده است. برنامه کیفیت زندگی کاری شامل هرگونه بهبود در فرهنگ سازمانی است که باعث رشد و تعالی کارکنان در سازمان می شود(۳۸). از این رو، نظام ارزشی کیفیت زندگی کاری سرمایه گذاری بر روی افراد را به عنوان مهم ترین متغیر در معادله مدیریت راهبردی مورد توجه قرار می دهد. یافته های مطالعاتی نشان می دهد که اجزای این برنامه ها موجب کاهش میزان شکایت کارکنان، کاهش نرخ غیبت از کار، کاهش میزان اعمال مقررات انضباطی، افزایش نگرش مثبت کارکنان و افزایش مشارکت آنان در برنامه های نظام پیشنهادها بوده است. از طرف دیگر، برآورده ساختن نیازهای کارکنان به بهسازی و کارایی بلندمدت سازمان نیز منجر خواهد شد(۳۹). امروزه بیشتر تحقیقات تجربی که در زمینه کیفیت زندگی کاری انجام شده است، به طور ضمنی چشم انداز جدیدی از رضایت شغلی و مفاهیم وابسته به حرفه و شغل را پذیرفته اند. اگر چه در بعضی از متون کیفیت زندگی کاری و رضایت شغلی به عنوان مفاهیمی مترادف در نظر گرفته شده اند، لیکن بسیاری از صاحب نظران علم مدیریت و روانشناسان صنعتی اعتقاد دارند که کیفیت زندگی کاری و رضایت شغلی از نظر مفهوم متفاوت هستند. تفاوت کیفیت زندگی کاری و رضایت شغلی در این نکته است که رضایت شغلی یکی از نتایج کیفیت زندگی کاری است. برخی معتقدند که کیفیت زندگی کاری به مثابه هرمی است که مفاهیم آن شامل رضایت از زندگی [در راس هرم]، رضایت شغلی [در اواسط آن] و نیز رضایت از سایر جنبه های مختص کار نظیر رضایت از میزان حقوق، همکاران و ناظران می شود(۴۰).

یک برنامه کیفیت زندگی کاری به معنی فرایندی است که بوسیله آن همه اعضای سازمان از راه مجاری ارتباطی باز و مناسبی که برای این مقصود ایجاد شده است در تصمیم‌هایی که بر شغل‌هایشان و بر محیط کارشان به طور کلی اثر می‌گذارد به نوعی دخالت می‌یابند و در نتیجه مشارکت و خشنودی آنان از کار بیشتر می‌شود و فشار عصبی ناشی از کار برایشان کاهش می‌یابد (۴۱). در واقع کیفیت زندگی کاری نمایانگر نوعی فرهنگ سازمانی یا شیوه مدیریت است که کارکنان بر اساس آن احساس مالکیت، خودگردانی، مسئولیت و عزت نفس می‌کنند. در اینکه سازمانها برای پدیدآوردن این گونه احساس‌ها در کارکنان خود چه می‌کنند تفاوت‌هایی وجود دارد. به طور کلی در سازمانی که به داشتن برنامه‌ای کامیاب در کیفیت زندگی کاری شهرت دارد، دادن و دریافت کردن پیشنهادهای، پرسشها و انتقاداتی که می‌توانند به هرگونه بهبود در کار منجر شود رغبت وجود دارد. در چنین فضایی، ناخشنودی خلاق نشانه‌ای از توجه و دلسوزی سازنده و نه خرده‌گیری کوبنده برای سازمان به شمار می‌آید. با توجه به موارد مذکور می‌توان اینگونه عنوان کرد که «کیفیت زندگی کاری» یعنی امکان ارضای بیشتر نیازهای شخصی کارکنان، وجود امنیت برای افراد به نحوی که آنها بتوانند با خیال راحت در کنار دیگران به زندگی خود ادامه دهند و احساس مفید بودن بنمایند و مقبول دیگران واقع شوند و در نهایت برای افزایش مهارت و دانش خود فرصت داشته باشند (۴۲).

نوبت کاری:

در جوامع پیشرفته و جدید، بخشهای تولیدی و خدماتی به نوبت کاری متکی هستند. در بخشهای بیمارستانی پرستاران و پزشکان، اغلب آماده ارائه خدمات و یا عملاً در حال ارائه خدمات، براساس نظام ۲۴ ساعته می‌باشند. البته در بخشهای خدماتی، به ویژه در آمریکا، انجام کار و ارائه خدمات در طول شبانه روز روند رو به رشد و قابل توجهی داشته است که به سرعت به سمت کار شبانه روزی در هفت روز هفته تغییر پیدا می‌کنند (۴۳).

نوبت کاری چگونه می‌تواند بر روی کارکنان پرستاری اثر بگذارد ؟

مغز انسان دارای ساعت بیولوژیکی (ساعت زیستی) است که وظایف فیزیولوژیکی بدن را تنظیم می‌کند که بصورت چرخه‌ای نوسان می‌کنند . مطالعات نشان می‌دهد که وظایف فیزیولوژیکی بدن از قبیل دمای بدن ، تولید هورمون ، ضربان قلب ، فشار خون ، فعالیت های گوارشی ، چرخه بیداری و خواب همه دارای چرخه ۲۴ ساعته هستند که به این چرخه ریتم سیرکادین گفته می‌شود که به ما می‌گوید چه وقت بیدار شویم و چه وقت بخوابیم (تاریکی و روشنایی نقش مهمی در تنظیم این ریتم های سیرکادین دارد). بطور معمول تاریکی شب تغییراتی را در بدن ایجاد می‌کند که منجر به

خواب می شود یعنی فشارخون ، میزان ضربان قلب ، میزان تنفس ، دمای بدن و فعالیت های گوارشی پایین می آید ولی روشنائی روز باعث بالا رفتن ریتم های سیرکادین می گردد(۴۴).

مثال هایی از ریتم های سیرکادین بدن در زیر آمده است:

- ۱- درجه حرارت بدن در ساعت ۵ بامداد کمترین مقدار و در ساعت ۹ بعد از ظهر بالاترین مقدار را دارد.
- ۲- آهنگ چرخه ۲۴ ساعته در هورمون کورتیزول (هورمون بیدار کننده) بدین گونه است که تراکم آن در خون هنگام صبح به بیشترین مقدار خود می رسد و هنگام شب کمترین مقدار است.
- ۳- هورمون ملاتونین عکس حالت فوق را نشان می دهد یعنی هنگام شب بیشترین تراکم را در خون دارد و بامدادان دارای کمترین تراکم است(۴۵).

وقتی که فرد بصورت شیفت چرخشی کار می کند مجبور است چرخه خواب و بیداری خود را برای شیفتی که در آن کار می کند تنظیم نماید ولی با وجود این ، ریتم های دیگر سیرکادین بصورت آنی با شیفت تنظیم نمی شوند و یک هفته یا بیشتر طول می کشد تا با چرخه جدید بیداری و خواب تنظیم شوند. (دستگاه سیرکادین هنگام تغییر نوبت کاری از روزکاری ، برای تطابق کامل ممکن است به دو یا سه هفته شب کاری مداوم و پیوسته نیاز داشته باشد) . چگونگی تنظیم ریتم های سیرکادین با یک چرخه جدید خواب و بیداری بستگی به فاکتورهای درونی از قبیل سن ، جنس ، سلامت جسمی و همچنین به فاکتورهای بیرونی از قبیل الگوی شیفت ، بار کاری ، محیط اجتماعی و خانوادگی دارد(۴۶).

شیفت های چرخشی شب باعث اختلال در ریتم های سیرکادین می گردد. کمبود خواب منجر به خستگی، تحریک پذیری، بیحالی، کاهش کارائی و کاهش تمرکز حواس می گردد و همچنین می تواند میزان ریسک حوادث و آسیب ها را بالا ببرد . تحقیقات بر روی حوادث نشان می دهد که میزان حوادث و آسیب ها درمیان افراد شب کار به علت کسری خواب و پایین بودن ریتم های سیرکادین بیشتر از افراد روز کار است(۴۷).

اگر چه اثرات نوبت کاری روی ریتم سیرکادین را نمی توان بطور کامل حذف کرد ولی می توان از طریق کنترل سازمانی و کنترل فردی این اثرات را کاهش داد.

انواع نوبت کاری

۱- ثابت (دائمی)

یک فرد کارمند، تنها در یک نوبت مشغول به کار است. روزهای کاری متوالی است و تعداد روزهای تعطیل در صنایع مختلف، متفاوت است. اما واژه "شب کار دائم" تا حدودی غلط است زیرا تقریباً همه کارگران در روزهای تعطیلشان به فعالیت روزانه باز می گردند و بنابراین همچنان بین کارشبهانه و فعالیت های روزانه در رفت و برگشت هستند(۴۸).

۲- چرخشی:

یک فرد کارمند، به صورت قاعده مندی در نوبت های کاری متغیر مشغول به فعالیت خواهد بود (۴۹).

خطرات نوبت کاری

الف- خطرات بهداشتی (۲ و ۴)

ب- مشکلات خانوادگی و اجتماعی (۵ و ۶).

ج- پیامدهای ایمنی و اثر بر روی عملکرد شغلی (۳۶).

خطرات بهداشتی

۱- اثر بر روی خواب:

بررسی ها نشان می دهد که حدود ۶۲٪ افراد نوبت کار از اختلال خواب رنج می برند و از شایعترین شکایت افراد نوبت کار می باشد. افراد بالغ بطور متوسط ۷ الی ۷/۵ ساعت در طی شبانه روز به خواب احتیاج دارند. مدت خواب پس از شیفت شب ۱۵ الی ۲۰٪ کاهش می یابد و از طرفی تقریباً نیمی از افراد شب کار در خواب رفتن یا ادامه خواب دچار مشکل می شوند بنابراین نوبت کاری هم روی مدت خواب و هم روی کیفیت خواب تاثیر می گذارد. مسئله دیگر در مورد مختل شدن خواب روزانه افراد شب کار، ناشی از عوامل محیطی به خصوص سروصدای محیط می باشد (۵۰).

عادت به چرت زدن مشکل دیگر افراد نوبت کار می باشد که این مسئله نیز حاکی از ناکافی بودن میزان خواب می باشد. بطور کلی تحقیقات نشان می دهد افراد نوبت کار نسبت به کارگران روزکار بطور متوسط در هر هفته ۵ الی ۷ ساعت کسری خواب دارند. بنابراین از آنجا که سیستم عصبی مرکزی حساس ترین عضو نسبت به محرومیت از خواب می باشد و خواب برای تجدید قوا لازم است محرومیت از خواب در افراد شب کار می تواند روی ایمنی، سلامتی و در نتیجه کارایی افراد تاثیر مهمی داشته باشد که پیامدهای آن غیر از افراد نوبت کار، متوجه کل جامعه می شود (۴۳).

۲- مشکلات گوارشی:

تحقیقات نشان می دهد که اختلالات گوارشی در میان افراد نوبت کار شایع بوده. نوبت کاری می تواند با الگوهای منظم غذا خوردن و هضم غذا، در اثر تغییر زمان کار و زمان خواب تداخل نماید که منجر به تهوع، زخم های گوارشی، یبوست، کولیت و ... می گردد. همچنین فاکتورهای ذیل نیز می تواند به اختلالات گوارشی در میان افراد نوبت کار کمک نماید که عبارت است از:

- صرف غذای بیشتر یا کمتر در شب
- مصرف خوراک مختصر (مثلا ساندویچ) حاوی چربی بالا در شب
- دسترسی کمتر به مواد غذایی در شب
- پایین بودن عمل هضم و سایر فعالیت های بدن در شب
- مصرف الکل، قهوه یا استعمال سیگار (۴۲).

۳- مشکلات قلبی و عروقی:

بررسی ها نشان می دهد که بیماریهای قلبی و عروقی و حملات قلبی در میان افراد نوبت کار نسبت به افراد روزکار بیشتر دیده می شود. بیماریهای قلبی و عروقی در افراد نوبت کار فقط مربوط به عادت غذایی نامناسب نمی باشد بلکه کمبود خواب، افزایش استرس (در اثر تغییر شیفت از روز به شب، ساعت کار طولانی، بار کاری بالا و برنامه های کاری غیرمنظم)، افزایش فشار خون، استعمال سیگار و کاهش فعالیت های فیزیکی بدن نیز می تواند به بیماریهای قلبی و عروقی کمک نماید (۵۰).

۴- پیامدهای روحی و روانی:

شکایت های روحی و روانی، تحریک پذیری، افسردگی، استرس و اختلال در روابط اجتماعی از جمله پیامدهای روحی و روانی ناشی از تداخل شیفت کاری با زندگی اجتماعی و خانوادگی و همچنین محرومیت از خواب در افراد نوبت کار می باشد (۳۵).

۵- مصرف الکل و دارو:

مطالعات نشان می دهد که مصرف الکل، کافئین و نیکوتین در افراد نوبت کار نسبت به افراد روز کار بیشتر می باشد. کارگران نوبت کار ممکن است جهت بیدار ماندن در شب از این مواد استفاده کنند و همچنین بررسی ها نشان می دهد که مصرف داروهای آرامبخش در افراد نوبت کار بیشتر است (۴۳).

۶- ریسک تماس با خطرات فیزیکی، شیمیایی، بیولوژیکی و...

افرادی که در شیفت های طولانی مدت کار می کنند ممکن است در تماس طولانی با مواد شیمیایی، بیولوژیکی، صدا، ارتعاش و حرارت زیاد باشند که این خطرات می تواند سلامتی افراد را مورد تهدید قرار دهد (۲۶).

۷- اثر روی بارداری:

مطالعات محدودی در این زمینه صورت گرفته که شیفت های چرخشی و برنامه های کاری غیرمنظم ممکن است روی بارداری نیز اثر بگذارد(۴۵).

۸- بیماری های دیگر:

افراد نوبت کاری که سابقه آسم ، دیابت ، صرع و افسردگی دارند بیماریشان ممکن است در اثر نوبت کاری تشدید شود(۲۳).

مشکلات اجتماعی و خانوادگی:

شیفت کاری می تواند بر روی زندگی خانوادگی اثرات منفی داشته باشد و زندگی اجتماعی را مختل نماید به خصوص وقتی برنامه شیفت کاری طوری باشد که فرد در اواخر بعد از ظهر و عصر از خانه دور باشد و مطالعات مختلف نشان می دهد که میزان اختلالات زناشویی و طلاق در بین کارکنان نوبت کار بیشتر است(۲۵).

پیامدهای ایمنی و اثر بر روی عملکرد شغلی:

اگر تعداد حوادثی که در نوبت های مختلف اتفاق می افتد بصورت درصدی از تعداد نیروی انسانی حاضر در محیط کار بیان شود ، مشخص می گردد که نوبت شب دارای بالاترین میزان حادثه است . این نکته مشخص می سازد که آنچه در درجه اول عامل خطر در محیط کار است وجود فرد نوبت کار تطابق نیافته است و در این مورد محیط پیرامون فرد در درجه دوم اهمیت دارد(۳۰).

مروری بر متون

در این بخش، مروری بر مقالات و متون مرتبط با موضوع مورد پژوهش در داخل و خارج از کشور ارائه می گردد. برای بررسی کلیه مطالعات چاپ شده ایرانی، جستجو در بانکهای اطلاعاتی SID; IRAN MEDEX; Magiran; MEDLIB; Google Scholar; MEDLINE; Pubmed; CINAHL; با کلید واژه های کیفیت زندگی ، سبک زندگی ، شیوه زندگی ، شیفت کاری انجام شد و مقالات مورد ارزیابی قرار گرفتند. در زمینه کیفیت زندگی و سبک زندگی مطالعات گوناگونی انجام شده که زیر آورده شده است. مطالعات انجام شده در ارتباط با متغیرهای پژوهش به ترتیب سال انجام پژوهش قرار گرفته و ابتدا مطالعات خارجی ذکر می شود، سپس مطالعات انجام شده در ایران ذکر می شود.

- امیگبودوم^۱ و همکاران در سال ۲۰۱۳ در مقاله ای تحت عنوان " تفاوت خطر خطای دارویی بین پرستاران در سیستم برنامه ریزی دو شیفته و سه شیفته " در قالب یک مطالعه آینده نگر به بررسی خطای دارویی در میان پرستاران پرداختند. تعداد نمونه در این مطالعه ۱۵۰۶ پرستار بود. نتایج نشان داد که میزان خطای جدی در سیستم های سه شیفته از سیستم های دوشیفته بسیار بالاتر است. این مطالعه ۶ ماه طول کشید. میانگین خطاهای جدی در این دوره زمانی در بیمارستانهای دارای سیستم برنامه ریزی سه شیفته ۱/۰۵ و در دوشیفته ۰/۰۷ بود. عمده ترین دلیل این اتفاقات نبود زمان کافی برای استراحت و بازتوانی برای پرستاران در سیستم های سه شیفته بود. از تی تست و تست دقیق فیشر برای تجزیه و تحلیل داده ها استفاده گردید. ۹۳٪ از مشارکت کنندگان به پرسشنامه ها پاسخ کامل دادند. همه پرستاران شیفت شب داشتند. ۹۴٪ افراد تحت مطالعه زن و بقیه مرد بودند. میانگین سنی ۲۸ سال و انحراف معیار ۵/۹ بود. میانگین سابقه کار ۵/۸ سال بود با انحراف معیار ۵/۴ سال. ۷۳۷ نفر در سیستم دو شیفته کار میکردند که در این سیستم طول مدت شبکاری ۱۶ ساعت است. ۶۷۰ نفر در سیستم سه شیفته کار میکردند که در این سیستم طول مدت شبکاری ۱۰ ساعت است. خطاها در پایان شیفت کاری بیشتر از ساعات آغازین شیفت روی می دهند(۵۱).
- در مطالعه مروری پروکتور^۲ (۲۰۱۳) عنوان شده است که کم خوابی حاد بر هوشیاری و زمان پاسخ دهی به محرک ها در نوبت کاران تاثیرگذار است در نوبت کاران هر چه ساعات کاری طولانی شود میزان خواب آلودگی و خستگی نیز افزایش می یابد. علاوه بر این شواهدی وجود دارد که هرچه شیفت های کاری شب طولانی شود کم خوابی مزمن نیز ممکن است افزایش یابد.(۵۲).
- ولناوسونکا^۳ (۲۰۱۰) در گروه نورولوژی دانشکده پزشکی چارلز^۴ پژوهشی بر روی عملکرد ذهنی ۲۰ پرستار شاغل در بیمارستان که در شیفت های کاری ۱۲ ساعته فعالیت می کردند، انجام دادند. طی این مطالعه میزان خواب آلودگی این افراد قبل و بعد از شیفت های کاری ۱۲ ساعته شب و ۱۲ ساعته صبح و عصر بررسی گردید. به همین منظور از شرکت کنندگان، تست عملکرد ذهنی گرفته شد. نتایج بدست آمده نشان داد که بین عملکرد ذهنی، قبل و بعد از شیفت های کاری شب تفاوت معناداری وجود دارد.

¹ Omigbodun

²Proctor

³ Volna& sonka

⁴ Charls University Faculty of Medicin

همچنین بین میزان عملکرد ذهنی قبل و بعد از شیفت‌های کاری صبح و عصر هم تفاوت معنادار مشاهده شد (۵۳).

- پژوهش یاسوشی ساوازانو^۱ و همکاران (۲۰۱۰) نشان داد شیفت‌های کاری شبانه، باعث افزایش شاخص توده بدنی، فشار شریانی، کلسترول خون و مشکلات عروق کرونری است. براساس نتایج این پژوهش، پیشنهاد گردید که ساعات کار افراد میانسال نباید از حدود مجاز تجاوز کند. علاوه بر این، باید از به کارگماردن افراد در سنین بالا در نظام نوبت کاری تا حد امکان پرهیز شود (۵۴).

- پژوهش ملک‌وچ^۲ (۲۰۱۱) در خصوص ارتباط کیفیت زندگی و احساس بهزیستی نشان داد، که کیفیت زندگی بطور کلی در ۴ حیطه سلامت روانشناختی، محیطی و ارتباطات اجتماعی می‌تواند پیش‌بینی‌کننده‌های قوی برای احساس بهزیستی فردی باشد در حالی که بین حیطه سلامت جسمانی با بهزیستی فردی رابطه معناداری دیده نشد (۵۵).

- زیلینسکا-ویچکوفسکا و همکاران در پژوهش خود (۲۰۱۱) در رابطه با سنجش کیفیت زندگی بر اساس فاکتورهای جمعیتی- اجتماعی در مجارستان نشان دادند وقوع بیماری، کیفیت زندگی جسمانی را مورد تهدید قرار داده و بروز افسردگی بر تمامی ابعاد فعالیت‌های روزمره تأثیرگذار است، که می‌تواند کیفیت زندگی آنها را تضعیف کند (۵۶).

- عبدالمنعم دالیا^۳ (۲۰۱۲) در مقاله‌ای تحت عنوان "تأثیر خستگی و ساعات کار پرستاران بر رویداد خطای دارویی در ICU" به بررسی این ارتباط در بیمارستانهای قاهره و به خصوص در بخش‌های انکولوژی می‌پردازد. در این مطالعه توصیفی تحلیلی که با حجم نمونه ۲۹ پرستار انکولوژی انجام شده است جهت جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه‌خستگی و ساعات کاری و چک لیست مشاهده خطاهای پرستاری استفاده شده است. نتایج نشان داد که بین ساعات کاری و خستگی رابطه وجود داشت؛ نتایج نشان داد که بین فعالیت فیزیکی در دو گروه ارتباط معنا دار بود. بین خطای دارویی و زیرشاخه تمرکز از خستگی ارتباط وجود داشت. بین خطا در آماده‌سازی داروها و زیرشاخه تمرکز نیز ارتباط وجود داشت (۵۷).

- میرمحمدی و همکاران (۱۳۹۰) پژوهشی در مورد بررسی رابطه نوبت کاری با خواب آلودگی در پرستاران شاغل در بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد انجام دادند،

¹Yasushi Suwazono

²Malkoc

³El-Moneem

۵۵ پرستار در دو گروه شاهد (ثابت صبح) و مورد نوبت کار، در هر گروه مورد مطالعه قرار گرفتند. این دو گروه از لحاظ سن و سابقه کاری با هم همسان و از بخشهای مختلف بیمارستان انتخاب شدند. نتایج نشان داد که بین نمره خواب آلودگی پرستاران صبحکار و نوبت کار تفاوت هایی وجود دارد (۵۸).

- در پژوهش قمری و خوشنام (۱۳۹۰) در خصوص بررسی رابطه عملکرد خانواده اصلی و کیفیت زندگی، نشان می دهد که بین عملکرد خانواده و کیفیت زندگی ارتباط معناداری وجود دارد. به این معنا که هرچه کارایی خانواده بالاتر باشد با نتایج مثبت برای کیفیت زندگی همراه است و بالعکس اختلال در کارکرد خانواده، کیفیت زندگی نامطلوب را در پی خواهد داشت (۵۹).

- نتایج پژوهش طل و همکاران (۱۳۹۰)، در خصوص بررسی سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت و رابطه آن با کیفیت زندگی، نشان داد بین کیفیت زندگی مرتبط با سلامت و مدیریت استرس ارتباط وجود دارد. با توجه به میزان فراوانی مربوط به کیفیت زندگی مرتبط با سلامت خیلی خوب ۶/۵۸ درصد و این که کمترین میزان فراوانی مربوط به عالی ۹ درصد بدست آمده است، این امر شاهدی بر کیفیت زندگی مناسب دانشجویان تحت مطالعه می باشد (۶۰).

نقد کلی: مطالعات مختلف نشان می دهد که سبک زندگی و کیفیت زندگی به گونه های مختلف وابسته هستند و مطالعات مجزا روی همبستگی و تاثیرات شیفت کاری و ساعات کاری روی متغیرهای مختلف انجام شده است اما مرور مطالعات انجام شده نشان داد هنوز لازم است پژوهش های دقیق روی ارتباط سه متغیر سبک زندگی، کیفیت زندگی و اثرات شیفت کاری در جامعه هدف پرستاران به ویژه پرستاران شاغل در بخش های ویژه انجام گیرد. لازم به ذکر است پژوهشی یافت نشد که همبستگی سه متغیر ذکر شده به صورت همزمان را مورد بررسی قرار دهد و مطالعات مختلف به صورت پراکنده انجام گرفته است.

فصل سوم

روش پژوهش

مقدمه:

در این فصل روش پژوهش مورد بررسی قرار می‌گیرد. ابتدا روش مطالعه و جامعه و روش نمونه‌گیری مورد بررسی قرار می‌گیرد و در ادامه ابزارهای پژوهش مورد بررسی قرار می‌گیرد.

روش مطالعه

مطالعه حاضر از نوع مطالعات توصیفی-همبستگی است

روش اجرا

پس از کسب مجوز از کمیته اخلاق به شماره کد (IR.QUMS.REC.1395.37) و اخذ معرفی‌نامه رسمی از دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی قزوین و ارائه معرفی‌نامه و توضیح در مورد اهداف پژوهش به مسئولین مرکز مربوطه و جلب موافقت و همکاری آن‌ها، پرستارانی که شرایط ورود به مطالعه را داشتند به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای در بخش‌های ویژه انتخاب شدند و پس از کسب رضایت آگاهانه از آن‌ها، و آگاهی از هدف مطالعه، پرسشنامه سبک زندگی و کیفیت زندگی توسط پژوهشگر به آن‌ها داده شد تا تکمیل شود.

جامعه و روش نمونه‌گیری

جامعه مورد مطالعه

پرستاران شاغل در بخش‌های ویژه با یکسال سابقه کار، شیفت ثابت (صبح، عصر یا شب) و شیفت در

گردش

روش نمونه‌گیری

به دلیل وسعت زیاد جامعه مورد مطالعه، در این مطالعه نمونه‌گیری به روش خوشه‌ای تصادفی انجام شد. ابتدا لیستی از مراکز آموزشی درمانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی ایران و بخش‌های بیمارستان فراهم شد. سپس هر بخش به عنوان یک خوشه در نظر گرفته شد. انتخاب خوشه بطور تصادفی صورت گرفت. همچنین انتخاب پرستاران در هر خوشه نیز بطور تصادفی انجام شد.

معیارهای ورود

۱. دارا بودن حداقل مدرک کارشناسی پرستاری
۲. داشتن حداقل یک سال سابقه کار در بخش‌های ویژه

۳. داشتن رضایت و تمایل به همکاری

۴. شیفت کاری ثابت و در گردش

معیارهای خروج

۱. عدم تکمیل هرکدام از پرسشنامه ها

۲. داشتن تجربه سوگ، طلاق و یا بیماری سخت در شش ماه گذشته

حجم نمونه :

استفاده از فرمول زیر و با استناد مقاله طل و همکاران در سال ۱۳۹۰ و در نظر گرفتن نسبت افراد با کیفیت زندگی عالی به میزان ۰/۰۹ و حدود اعتماد ۰/۹۵ و دقت ۰/۰۳ و احتمال ریزش ۱۰ درصد، ۳۶۰ پرستار شاغل در بخش های ویژه وارد مطالعه شد (۶۰).

$$n = \frac{(Z_{1-\alpha/2})^2 * P(1 - P)}{d^2}$$

$$n = \frac{(1.96)^2 \times 0.09(1 - 0.09)}{(0.03)^2} = \frac{3.84 \times 0.0819}{0.0009} = 349.44$$

روش جمع آوری و تجزیه و تحلیل داده ها

روش جمع آوری داده ها:

برای گردآوری داده ها از یک پرسشنامه مشتمل بر سه بخش استفاده خواهد شد.

✓ ویژگی های فردی-اجتماعی

✓ پرسشنامه سبک زندگی میلر و اسمیت

✓ پرسشنامه کیفیت زندگی WHOQO-BREF

در قسمت ویژگی های فردی-اجتماعی سن، جنس، سابقه کار، مدرک تحصیلی، وضعیت تأهل، شیفت کاری،

بخش مربوطه مورد سوال قرار گرفت. در بخش دوم از پرسشنامه سازمان جهانی بهداشت جهت تعیین کیفیت زندگی و پرسشنامه سبک زندگی میلر و اسمیت جهت تعیین سبک زندگی پرستاران استفاده شد.

پرسشنامه سازمان جهانی بهداشت^۱:

این پرسشنامه جهت سنجش کیفیت زندگی فرد در دو هفته اخیر مورد استفاده قرار می گیرد، تعداد سوالات این پرسشنامه ۲۶ سؤال در قالب ۴ حیطه سلامت جسمانی^۲ (هفت سؤال: ۳، ۴، ۱۰، ۱۵، ۱۶، ۱۷ و ۱۸)، روانشناختی^۳ (شش سؤال: ۵، ۶، ۷، ۱۱، ۱۹ و ۲۶)، روابط اجتماعی^۴ (سه سؤال: ۲۰، ۲۱ و ۲۲)، سلامت محیط اطراف^۵ (هشت سؤال: ۸، ۹، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۲۳، ۲۴ و ۲۵) است. دو سوال اول به هیچ یک از حیطه ها تعلق ندارد و وضعیت سلامت و کیفیت زندگی را به شکل کلی مورد ارزیابی قرار می دهند، بنابراین در نمره گذاری در نظر گرفته نمی شوند. پاسخ هر آیت در دامنه ای از (۱ تا ۵) به ترتیب اصلاً، کم، متوسط، زیاد و کاملاً، و یا خیلی ناراضیم، راضی نیستم، نسبتاً ناراضیم، راضیم، کاملاً راضیم قرار می گیرد. سؤالهای ۳ و ۴ و ۲۵ به صورت معکوس نمره گذاری می شوند. دامنه نمرات زیر مقیاس سلامت جسمانی ۷ تا ۳۵، سلامت روانشناختی ۶ تا ۳۰، روابط اجتماعی ۳ تا ۱۵ و سلامت محیط اطراف ۸ تا ۴۰ و در مجموع دامنه نمره کل پرسشنامه ۲۴ تا ۱۲۰ می باشد. نمرات بالاتر بیانگر کیفیت زندگی مطلوب تر می باشد. این پرسشنامه توسط نجات و همکاران ترجمه و روانسنجی شده است. نتایج بدست آمده حاکی از روایی و پایایی این ابزار در ایران است. پایایی این پرسشنامه با استفاده از آلفای کرونباخ و همبستگی درون خوشه ای حاصل از روش دو نیمه کردن سنجیده شد و در تمام حیطه ها شاخص بالای ۰/۷ گزارش شد و روایی این ابزار با قابلیت تمایز این ابزار در گروه های سالم و بیمار با استفاده از رگرسیون خطی مورد ارزیابی قرار گرفت (۶۱).

پرسشنامه سبک زندگی میلر و اسمیت:

پرسشنامه سبک زندگی میلر و اسمیت حاوی ۲۰ سؤال با طیف لیکرتی ۵ حالتی است که نمره های بالاتر نشان دهنده سبک زندگی خوشایند و سالم است. این پرسشنامه دارای بیست پرسش است که از روی پرسشنامه ی اصلی به فارسی و سپس به انگلیسی برگردانده شده است (در هر نوبت به وسیله ۳ نفر). روایی این پرسشنامه پس از ترجمه به روش باز ترجمه به وسیله اعضای هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان تایید شده و پایایی آن در یک مطالعه پایلوت در

¹World Health Organization Quality of Life-BREF(WHOQOL- BREF)

²Physical Health Domain

³Psychological Domain

⁴Social relationship Domain

⁵Environmental Domain

مورد ۲۰ نفر ۰/۸۶ و آلفای کرونباخ تک تک پرسش ها بالاتر از ۰/۵ بدست آمد و مورد تأیید است. روایی این پرسشنامه پس از ترجمه به روش بازترجمه به وسیله اعضای هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان تایید شده است. نمره گذاری پرسشنامه براساس طیف لیکرت است. هر پرسش دارای پنج پاسخ (همیشه =۵، اغلب=۴، گاهی اوقات=۳، به ندرت=۲ و هرگز =۱) می باشد. نمره های پایین تر نشان دهنده ی سبک زندگی ناخوشایند و ناسالم است. نمره بین ۲۰-۴۵ نشاندهنده سبک زندگی پایین است، نمره بین ۴۶-۷۵ نشانگر سبک زندگی متوسط است و نمره بین ۷۶-۱۰۰ نشانگر سبک زندگی بالا است (۶۲).

روش تجزیه و تحلیل داده ها

تجزیه و تحلیل آماری با استفاده از نرم افزار کامپیوتری SPSS نسخه ۱۶ و روش های آمار توصیفی و استنباطی انجام شد؛ بدین صورت که، برای بررسی توزیع متغیرهای زمینه ای در بخش مشخصات دموگرافیک از آزمون های توصیفی مانند میانگین و انحراف معیار (برای متغیرهای کمی پیوسته مانند سن) و از تعداد و درصد (برای متغیرهای کیفی / اسمی مانند جنس) استفاده شد. سپس جهت پاسخ به سؤالات پژوهش با توجه به نرمال بودن توزیع داده ها براساس نتایج آزمون کولموگروف اسمیرنوف، از آزمون همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون خطی چند متغیری به روش stepwise استفاده شد. کلیه متغیرهای فردی-اجتماعی و سبک زندگی به عنوان متغیر مستقل وارد مدل شدند.

ملاحظات اخلاقی

- ✓ ارائه معرفی نامه به مسئولین و شرکت کنندگان پژوهش
- ✓ معرفی پژوهشگر به شرکت کنندگان پژوهش
- ✓ آشناسازی گروه نمونه با اهداف مطالعه
- ✓ اخذ رضایت آگاهانه
- ✓ محرمانه بودن اطلاعات بدون درج نام شرکت کنندگان
- ✓ آزاد گذاشتن شرکت کنندگان در ورود و خروج از پژوهش

فصل چهارم

یافته‌ها

مقدمه

در این فصل به تحلیل داده های جمع آوری شده از دو پرسشنامه سبک زندگی و کیفیت زندگی و ارتباط آن با شیفت کاری پرستاران بخش ویژه پرداخته می شود. ابتدا یافته های توصیفی مربوط به متغیرهای جمعیت شناختی و متغیرهای اصلی مورد بررسی قرار می گیرد و سپس یافته های تحلیلی گزارش می شود.

یافته های توصیفی

جدول ۱-۴ ویژگی های فردی-اجتماعی پرستاران شاغل در بخش های ویژه

متغیرهای فردی-اجتماعی	(درصد) تعداد
*سن	۳۸/۶۵ (۹/۸۹)
جنس	
مرد	۱۲۷ (۳۵/۲)
زن	۲۳۳ (۶۴/۷)
وضعیت تأهل	
مجرد	۱۴۰ (۳۸/۹)
متأهل	۲۲۰ (۶۱/۱)
سطح تحصیلات	
کارشناسی	۳۳۵ (۹۳/۱)
کارشناسی ارشد	۲۵ (۶/۹)
بخش	
CCU	۱۳۰ (۳۶/۱)
ICU	۱۲۳ (۳۴/۲)
دیالیز	۱۰۷ (۲۹/۷)
* سابقه کار	۱۴/۸۳ (۸/۳۸)
* شیفت کاری صبح	۸/۸۴ (۳/۴۲)
* شیفت کاری عصر	۹/۲۵ (۳/۳۹)
* شیفت کاری شب	۷/۵ (۲/۷۸)
کل	۳۶۰ (۱۰۰)
(انحراف معیار) میانگین *	

جدول ۴-۱ نشان می دهد که اکثریت واحدهای پژوهش زن (۶۴/۷٪)، متاهل (۶۱/۱٪)، دارای سطح تحصیلات کارشناسی (۹۳/۱٪) و شاغل در بخش CCU (۳۶/۱٪) بودند؛ همچنین میانگین تعداد شیفت عصر در پرستاران بخش های ویژه نسبت به دو شیفت صبح و شب بالاتر بود.

جدول ۴-۲. میانگین شیفت های پرستاران شاغل در بخش های ویژه

بخش شیفت	ICU		دیاالیز
	(انحراف معیار) میانگین	(انحراف معیار) میانگین	(انحراف معیار) میانگین
صبح	۸/۱۹ (۳/۲۱)	۹/۱۰ (۳/۶۵)	۹/۲۵ (۳/۴۲)
عصر	۹/۱۰ (۳/۶۵)	۹/۲۵ (۳/۴۲)	۹/۴۲ (۳/۱۲)
شب	۷/۱۸ (۲/۷۹)	۷/۸۱ (۳/۰۶)	۷/۵۲ (۲/۵۱)

مطابق جدول ۴-۲، میانگین تعداد هر سه شیفت صبح، عصر و شب در پرستاران بخش دیالیز نسبت به دو بخش دیگر بالاتر بود.

سوال اول پژوهش: میانگین نمره سبک زندگی پرستاران شاغل در بخش ویژه چقدر است؟

جدول ۴-۳. میانگین نمره سبک زندگی پرستاران به تفکیک بخش

بخش	میانگین	انحراف معیار
CCU	۴۳/۲۳	۱۹/۹۳
ICU	۴۳/۴۸	۲۰/۱۹
دیاالیز	۴۵/۹	۲۰/۶
کل	۴۴/۱۱	۲۰/۲

بیشترین میانگین نمره سبک زندگی متعلق به پرستاران بخش دیالیز است و کمترین میانگین نمره سبک زندگی متعلق به پرستاران بخش CCU است.

جدول ۴-۴. توزیع فراوانی سبک زندگی پرستاران شاغل در بخش های ویژه به تفکیک بخش

بخش	CUU	ICU	دیالیز	کل
	(درصد) فراوانی	(درصد) فراوانی	(درصد) فراوانی	(درصد) فراوانی
سبک زندگی				
پایین	۱۶ (۴۱/۱)	(۲۵/۶)	(۳۳/۳)	۳۹ (۱۱)
		۱۰	۱۳	
متوسط	۳۴ (۳۰/۱)	(۴۲/۵)	(۲۷/۴)	(۳۱/۹)
		۴۸	۳۱	۱۱۳
بالا	۷۶ (۳۷/۶)	(۳۱/۷)	(۳۰/۷)	(۵۷/۱)
		۶۴	۶۲	۲۰۲

جدول ۴-۴ نشان می دهد که اکثریت پرستاران شاغل در بخش های ویژه دارای سبک زندگی بالا و خوشایند بودند که فراوانی سبک زندگی بالا و خوشایند در پرستاران بخش CCU نسبت به دو بخش دیگر بالاتر بود.

سوال دوم پژوهش: میانگین نمره کیفیت زندگی و ابعاد آن در پرستاران شاغل در بخش های ویژه چقدر است؟

جدول ۵-۴. میانگین نمره کیفیت زندگی پرستاران به تفکیک بخش های ویژه

بخش	CU	IC	دیالیز	ک
	U	U		ل
کیفیت زندگی	(انحراف معیار) میانگین	(انحراف معیار) میانگین	(انحراف معیار) میانگین	(انحراف معیار) میانگین
سلامت جسمانی	۱۰ (۴/۵۷)	۱۰/۵۳ (۴/۵۵)	۱۱/۲۷ (۴/۳۱)	۱۰/۵۶ (۴/۵)
سلامت روانشناختی	۱۱/۲۳ (۳/۴۸)	۱۰/۵۱ (۴/۰۵)	۱۰/۷۳ (۳/۳)	۱۰/۸۵ (۳/۶۴)
روابط اجتماعی	۱۱/۷۵ (۳/۲)	۱۰/۸۷ (۳/۳۱)	۱۰/۸۵ (۳/۳۲)	۱۰/۱۸ (۳/۲۹)
سلامت محیطی	۹/۹ (۳/۴۴)	۹/۵۲ (۳/۵۴)	۱۰/۶۴ (۳/۳۸)	۹/۹۹ (۳/۴۸)
کیفیت زندگی کل	۹۴ (۱۱/۵۵)	۴۴ (۱۳/۵۱)	۵۱ (۱۲/۰۳)	۱۶ (۱۲/۳۹)
	۴۲	۴۱	۴۳	۴۲

مطابق با جدول ۵-۴، در مجموع بالاترین میانگین نمره کیفیت زندگی مربوط به بعد روابط اجتماعی و پایین ترین نمره مربوط به بعد سلامت محیطی بود. بیشترین میانگین نمره کیفیت زندگی متعلق به پرستاران شاغل بخش دیالیز است و کمترین نمره نیز متعلق به بخش ICU است. در بخش CCU بالاترین میانگین نمره مربوط به بعد روابط اجتماعی و کمترین میانگین نمره مربوط به سلامت محیطی می باشد. در بخش ICU بالاترین میانگین نمره مربوط به بعد روابط اجتماعی و کمترین میانگین نمره مربوط به سلامت محیطی می باشد. در بخش دیالیز بالاترین میانگین نمره مربوط به بعد سلامت جسمانی و کمترین میانگین نمره مربوط به سلامت محیطی می باشد.

سوال سوم پژوهش: آیا بین سبک زندگی و کیفیت زندگی پرستاران شاغل در بخش های مراقبت ویژه در شیفتهای مختلف کاری رابطه وجود دارد؟

جدول ۴-۶. همبستگی نمره کل کیفیت زندگی و ابعاد آن با نمره سبک زندگی پرستاران

س	مت جسمانی	مت روانشناختی	رابطه اجتماعی	سلامت محیطی	کیفیت زندگی کل	سبک زندگی
	-					
	۴۹	-				
	۰/					
	۴۳	۸۱	-			
	***۰/	***۰/				
	۶۲	۶۳	۵۶	-		
	***۰/	***۰/	***۰/			
	۷۳	۸۶	۸۲	۸۴	-	
	***۰/	***۰/	***۰/	***۰/		
	۳۷	۳۲	۲۲	۳۹	۴۰	-
	***۰/	***۰/	***۰/	***۰/	***۰/۳	

**P < ۰/۰۱

نتایج آزمون همبستگی پیرسون نشان می دهد که سبک زندگی با تمام ابعاد کیفیت زندگی از نظر آماری همبستگی مستقیم معنی دار دارد.

سوال چهارم پژوهش: آیا بین ویژگی های فردی-اجتماعی و سبک زندگی با کیفیت زندگی پرستاران شاغل در

بخش های ویژه ارتباط وجود دارد؟

جدول ۷-۴. همبستگی متغیرهای جمعیت شناختی با کیفیت زندگی و سبک زندگی پرستاران

بک زندگی	کیفیت زندگی کل	باقیه کار	تعداد شیفت شب	تعداد شیفت عصر	تعداد شیفت صبح	سن	
						-	سن
					-	۳ ۰/۵۲	تعداد شیفت صبح
				-	۱۰۲۳ ۰	۰ ۰/۱۲	تعداد شیفت عصر
			-	۰۲۴ ۰/	۱۰۱۴ ۰	۰ ۰/۴۶	تعداد شیفت شب
			۰۱۲ - ۰/	۰۱۷ ۰/	۱۰۲۱ ۰	۸ *** ۰/۵۴	سابقه کار
	-	۰/۰۲	۳۵۱ *** - ۰/	۲۲۱ - ۰/	۱۱۲۵ ۰	۰ ۰/۰۴	کیفیت زندگی کل
	۴۰۳ *** ۰/	۰/۲۴	۲۴۸ *** - ۰/	۱۷۸ - ۰/	۱۲۲۳ ۰	۰ ۰/۱۱	سبک زندگی

P<0.01 **

جدول ۷-۴ نشان می دهد که نمره کیفیت زندگی با سبک زندگی از نظر آماری ارتباط مستقیم معنی داری

دارد ($r = 0/403$ و $P < 0/001$) نمره کیفیت زندگی با تعداد شیفت کاری شب ارتباط معکوس معنی داری دارد ($-0/351$).

$P < 0.001$ ؛ در حالیکه ارتباط آماری معنی داری بین تعداد شیفت صبح و عصر با نمره کیفیت زندگی مشاهده نشد.

جدول ۸-۴. رگرسیون خطی چند متغیری برای پیش‌بینی کیفیت زندگی توسط سبک زندگی

متغیرهای مستقل	B	SE	P value
سبک زندگی	۲۰۷ ۰/	۰۲۹ ۰/	۰/۰۰۱
تعداد شیفت شب	۰۴۹ -۱/	۱۸۸ ۰/	۰/۰۰۱
$R^2 = ۰/۲۳$			

در مدل رگرسیونی فوق بین سبک زندگی و کیفیت زندگی ارتباط مستقیم آماری وجود دارد؛ بطوریکه با افزایش یک واحد در نمره سبک زندگی، میانگین نمره کیفیت زندگی به میزان ۰/۲۰۷ افزایش خواهد یافت ($p < ۰/۰۰۱$). همچنین بین تعداد شیفت شب و نمره کیفیت زندگی ارتباط معکوس آماری یافت شد؛ بطوریکه با افزایش تعداد شیفت شب، میانگین نمره کیفیت زندگی به میزان ۱/۰۴۹ کاهش خواهد یافت ($p < ۰/۰۰۱$).
همچنین نتایج نشان می‌دهد ۰/۲۳ درصد تغییرات نمره کیفیت زندگی پرستاران شاغل در بخش های ویژه توسط متغیرهای مستقل سبک زندگی و تعداد شیفت شب) قابل پیش‌بینی می باشد ($R^2 = ۰/۲۳$).

فصل پنجم
بحث و نتیجه گیری

هدف پژوهش حاضر تعیین ارتباط سبک زندگی با کیفیت زندگی پرستاران در شیفت های مختلف شاغل در بخش های ویژه بیمارستان های منتخب دانشگاه علوم پزشکی ایران است. در این فصل یافته های پژوهش مورد بحث قرار می گیرد و این نتایج با نتایج مطالعات مشابه مورد مقایسه قرار می گیرد. در این فصل ابتدا نتایج بدست آمده به ترتیب فرضیات پژوهش مورد بحث قرار می گیرد، سپس محدودیت ها و پیشنهادات پژوهش ارائه می گردد و در نهایت نتیجه گیری حاصل از پژوهش ارائه خواهد شد.

بحث:

در ارتباط با سوال اول پژوهش: میانگین نمره سبک زندگی پرستاران شاغل در بخش ویژه چقدر است؟

نتایج نشان می دهد که بیشترین میانگین نمره سبک زندگی متعلق به پرستاران بخش دیالیز است و کمترین میانگین نمره سبک زندگی متعلق به پرستاران بخش CCU است. با توجه به اینکه نمره گذاری پرسشنامه براساس طیف لیکرت است، نمره های پایین تر نشان دهنده ی سبک زندگی ناخوشایند و ناسالم و نمره های بالاتر نشان دهنده سبک زندگی خوشایند و سالم است. این نتایج با نتایج مطالعه طل و همکاران (۱۳۹۵) غیرهمسو می باشد به این صورت که نمرات سبک زندگی گروه نمونه در مطالعه حاضر کمتر از نمرات سبک زندگی گروه نمونه در مطالعه طل و همکاران است یکی از علت های احتمالی ناشی از استفاده از پرسشنامه های متفاوت در مطالعه طل و همکاران با مطالعه حاضر است (۶۰).

در مقابل مطالعه فیری و همکاران ۲۰۱۴ که با استفاده از پرسشنامه مشابه به بررسی سبک زندگی پرستاران پرداخت از نظر میزان سبک زندگی پرستاران به نتایج مشابه دست یافت به این صورت که اغلب نمونه های مورد پژوهش از سبک زندگی خوشایند و سالمی برخوردار بودند (۶۳). همچنین مطالعه کافی و همکاران در سال ۲۰۰۹ نشان داد اغلب نمونه های مورد پژوهش از سبک زندگی مطلوبی برخوردار بودند (۶۴) که دلیل احتمالی آن تغییرات ایجاد شده در الگوهای بیماری، مدرنیته و هویت های اجتماعی، سلامتی به عنوان یک دستاورد است. چیزی که افراد خود را موظف می دانند تا با ارتقای کیفیت زندگی شان، آن را به دست آورند، چه در غیر این صورت، متحمل مرگ زودرس و یا ابتلا به بیماری های سخت و مزمن خواهند شد. در این رابطه محققان با تاکید بر این امر معتقدند که انتخاب های سبک زندگی در دوران مدرنیته متاخر، افراد را در برابر سلامتی و به طور کلی بدن هایشان بیشتر مسئول کرده است (۶۵).

در ارتباط با سوال دوم پژوهش: میانگین نمره کیفیت زندگی پرستاران شاغل چقدر است؟

در نتایج جدول مربوطه نشان داده شد که بالاترین میانگین نمره کیفیت زندگی مربوط به بعد روابط اجتماعی و پایین ترین نمره مربوط به بعد سلامت محیطی بود. بیشترین میانگین نمره کیفیت زندگی متعلق به پرستاران شاغل بخش دیالیز است و کمترین نمره نیز متعلق به بخش ICU است. ولناوسونکا^۱ و همکاران (۲۰۱۰) نیز در مطالعه خود به نتایج مشابهی رسیدند اما نتایج مطالعه حاضر با یافته های مطالعه امیگ بدام^۲ و همکاران غیرهمسو است (۵۳). اما باید به این نکته توجه کرد که پرسشنامه مورد استفاده در پژوهش حاضر با پرسشنامه کیفیت زندگی مطالعه امیگ بام متفاوت است و نمرات متفاوت بدست آمده در دو مطالعه ناشی از این مسئله است. در رابطه با پایین بودن نمره در بعد سلامت محیطی در این مطالعه، شواهد نشان می دهد که کاهش احساس رفاه و سلامتی و نامناسب بودن عوامل محیطی، نه تنها باعث عدم برخورداری پرستاران از سلامتی می گردد بلکه از طریق تحت تأثیر قرار دادن خدمات ارائه شده توسط آنها، به طور غیر مستقیم بر کیفیت خدمات پرستاری جامعه اثر خواهد گذاشت (۱۲). کیفیت زندگی اجتماعی مانند عادت ها و علایق شخصی یک پرستار و وضعیت زندگی وی در رویکرد او به بیماران موثر بوده و بدیهی است در صورتی که پرستار خود شیوه زندگی صحیحی داشته باشد، در افزایش سطح سلامت مردم موفقیت بیشتری کسب خواهد نمود (۱). بنابراین باید به سلامت و کیفیت زندگی پرستاران اهمیت داده شود و از آنجایی که سبک های زندگی متفاوت، همچنین شرایط شغلی بر روی کیفیت زندگی تأثیر می گذارند و استرس های شغلی بر سلامتی و نیز کیفیت زندگی افراد تأثیر جدی دارند، توجه به سلامت و کیفیت زندگی پرستاران و سالم نگه داشتن این گروه در درجه اول به عنوان یک انسان و در درجات بعدی به عنوان فرد حافظ سلامت اعضای دیگر جامعه، از اهمیت ویژه ای برخوردار است (۱۲). اگرچه کیفیت زندگی در تمامی مشاغل اهمیت ویژه دارد، ولی این مفهوم در سازمان های مراقبت سلامت نقشی مهم تری دارد. یکی از مهم ترین چالش های مدیریت پرستاری در جهت ارتقاء کیفیت خدمات پرستاری، حفظ و ارتقاء کیفیت زندگی پرستاران است، زیرا هرگونه عدم تناسب در کیفیت زندگی پرستاران می تواند به کاهش کیفیت خدمات و مراقبت ها منجر شود (۵۸). ارتقاء کیفیت زندگی پرسنل بهداشتی به عنوان یکی از عوامل مهم پایداری سیستم درمان مشخص شده است. همچنین محیط کاری پرستاران روی کیفیت مراقبت ارائه شده، ابقای پرستاران و در نهایت بر روی هزینه ها تأثیر می گذارد، علیرغم این واقعیات، برخی مواقع پرستاران به عنوان بزرگترین گروه کاری که در دنیای پیچیده ای زندگی می کنند، آموزش می بینند که به دقت به کیفیت زندگی بیماران و مراقبت از آنها توجه داشته باشند، اما بندرت به این مساله عنایت دارند که خودشان نیز ممکن است نیازمند مراقبت باشند (۲).

1 Volna& sonka

2Omigbodum

در ارتباط با سوال سوم پژوهش: آیا بین سبک زندگی با کیفیت زندگی پرستاران شاغل در بخش های مراقبت ویژه در شیفت های مختلف کاری رابطه وجود دارد؟

نتایج آزمون همبستگی پیرسون نشان می‌دهد که سبک زندگی با تمام ابعاد کیفیت زندگی از نظر آماری همبستگی مستقیم معنی دار دارد. این یافته مبنی بر ارتباط سبک زندگی و کیفیت زندگی همسو با نتایج مطالعه نتایج پژوهش طل و همکاران ۱۳۹۰ است که در خصوص بررسی سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت و رابطه آن با کیفیت زندگی، نشان داد بین کیفیت زندگی مرتبط با سلامت و مدیریت استرس ارتباط وجود دارد (۶۰). همچنین این یافته همسو با نتایج پژوهش باقری و همکاران ۱۳۹۵ است که در خصوص ارتباط مشاوره ای گروهی به عنوان یک بعد سبک زندگی با کیفیت زندگی دانشجویان دانشگاه تربیت مدرس نشان داد که با شرکت در مشاوره های گروهی، سطح کیفیت زندگی ایشان در اعداد متناظر با کیفیت زندگی بالا آمده و بالعکس (۶۶) و نیز نتایج مطالعه نصرآبادی و همکاران ۱۳۹۰ بر روی عوامل جسمانی به عنوان بعدی از سبک زندگی با کیفیت زندگی، نشان می‌دهد مشکلات روانی همچون اضطراب، افسردگی، ناامیدی، خستگی و ناتوانی باعث بروز بیماری‌های جسمانی شده و این علائم جسمانی به طور مستقیم بر کیفیت زندگی تأثیر منفی دارند (۶۷). همچنین یافته های مطالعه پروکتورو همکاران ۲۰۱۳ به نتایجی همسو دست یافت که استرس های فراوانی افراد را تهدید می کند، که می تواند کیفیت زندگی آن‌ها را تحت تأثیر قرار دهد. از جمله این استرس ها می توان ابتلا به بیماری های جسمی و روانی، تفریحی، ازدحام محل زندگی، روابط بین فردی نامناسب، نگرانی در مورد اشتغال و کاریابی، مشکلات ازدواج و تشکیل خانواده را نام برد (۵۲). در این رابطه می توان گفت که سبک زندگی از عوامل مهم کاهش بروز و شدت بیماری ها و عوارض ناشی از آنهاست و روشی جهت ارتقا سلامتی و کیفیت زندگی می باشد. پیشگیری از بیماری های متأثر از سبک زندگی و ارتقا سطح سلامت روانی فردی و اجتماعی مستلزم آگاهی از این موضوع است که موقعیت های زندگی سلامت افراد را چگونه به خطر می اندازد. امروزه اعتقاد بر این است که بیش از ۷۰ درصد بیماریها به گونه ای با سبک زندگی فرد ارتباط دارد. به طوری که بسیاری از ناخوشی های آدمی از جمله بیماری های قلبی و عروقی، تنفسی، حرکتی- عضلانی و غیره به طور مستقیم و غیر مستقیم از شیوه زندگی فرد ناشی می شود و یا حداقل آنکه شیوه زندگی در تشدید یا دوام آنها نقش دارد و بر کیفیت زندگی انسان اثر می‌گذارد (۱۲).

در ارتباط با سوال چهارم پژوهش: آیا بین اطلاعات فردی-اجتماعی و سبک زندگی با کیفیت زندگی پرستاران شاغل در بخش های ویژه ارتباط وجود دارد؟

در مدل رگرسیونی بین سبک زندگی و کیفیت زندگی ارتباط مستقیم آماری وجود داشت. همچنین افزایش تعداد شیفت شب با کاهش کیفیت زندگی مرتبط بود. این یافته‌ها همسو با نتایج مطالعه امیگ بدام^۱ و همکاران است که یکی از یافته‌های جانبی مطالعه ایشان پیش بینی کیفیت زندگی و سلامت جسمی توسط شیفت کاری است (۶۸). همچنین پژوهش ملکوچ^۲ (۲۰۱۱) همسو با نتایج مطالعه حاضر است که شرایط کاری را یکی از پیش بینی کنندگان بهزیستی و کیفیت زندگی می‌داند (۵۵). همچنین مطالعه آکرستد^۳ (۲۰۰۴) در مطالعه ای که برای تعیین ارتباط بین خستگی ذهنی، ویژگی‌های شغلی و خواب بر روی حدود ۶۰۰۰ فرد شاغل انجام دادند فاکتورهایی مانند کمبود خواب، نیازمندیهای شدید شغلی، غوطه ور شدن در کار، حمایت اجتماعی، مدیر بودن و سن بالا را از فاکتورهای پیش بینی کننده خستگی عنوان کردند که با توجه به تاثیرات خستگی جسمی و روانی بر سلامت و کیفیت زندگی می‌توان نتایج آن را همسو با مطالعه حاضر دانست (۶۹). همچنین در مطالعه مروری پروکتور^۴ (۲۰۱۳) عنوان شده است که کم خوابی حاد بر هوشیاری و زمان پاسخ دهی به محرکها در نوبت کاران تاثیرگذار است در نوبت کاران هر چه ساعات کاری طولانی شود میزان خواب آلودگی و خستگی نیز افزایش می یابد. علاوه براین شواهدی وجود دارد که هرچه شیفتهای کاری شب طولانی شود کم خوابی مزمن نیز ممکن است (۵۲). همچنین پژوهش یاسوشی ساوازانو^۵ و همکاران (۲۰۱۰) نشان داد شیفتهای کاری شبانه، باعث افزایش شاخص توده بدنی، فشارشریانی، کلسترول خون و مشکلات عروق کرونری است (۵۴). از طرفی یافته مذکور مربوط به همبستگی شب کاری با سبک زندگی و کیفیت زندگی با درک و همکاران (۲۰۰۹) همسو است که نشان می دهد شیفت های کاری یکی از عوامل موثر بر بروز استرس در افراد شاغل در بیمارستان ها است. مطالعات نشان می دهد کار در شیفت شب یکی از عواملی است که موجب تسريع بروز فرسودگی شغلی می شود (۹، ۵۸، ۶۴). همچنین یافته مطالعه حاضر مبنی بر عدم ارتباط درآمد با سبک زندگی و کیفیت زندگی با تحقیقی که توسط لارکامفیلد و دارنجانجوبا کارن^۶ (۲۰۰۵)، انجام دادند ناهمسو است که عامل پول در پیش بینی کیفیت زندگی پررنگ یافته است (۷۰). از سوی دیگر نتایج مطالعه حاضر همسو با نتیجه مطالعه چوبینه است که نتایج نشان داد: مشکلات روحی روانی، گوارشی، و اثرات نامطلوب بر زندگی اجتماعی در میان این گروه از شیوع بالایی برخوردار است و افرادی که با تمایل شخصی در شیفت های عصر و شب کار می کردند نسبت به سایرین از رضایت بیشتری برخوردار هستند (۷۱). این یافته با نتیجه مطالعه حاضر ناهمسو است. همچنین نتایج نشان داد برنامه نوبت کاری با چرخش منظم، در مقایسه با نوبت کاری

¹Omigbodum

²Malkoc

³Akerstedt

⁴Proctor

⁵Yasushi Suwazono

1- Darunee Jongudomkar

با چرخش نامنظم رضایت بیشتری ایجاد می کند و شیوع مشکلات ناشی از نوبت کاری در میان افرادی که رضایت کمتری دارند رایج تر است که این یافته یک متغیر تعدیل گر برای رابطه رضایت و شیفت کاری شب در پرستاران است (۷۱).

در واقع پرستاری حرفه ای است که شرایط کار بر کیفیت زندگی فرد می تواند تأثیر گذار باشد. از طرفی باید به خاطر داشت که افراد حرفه ای از جمله پرستاران نیز از تأثیرات سبک زندگی مصون نیستند، به عنوان مثال آنها در محیط حرفه ای خود در معرض خطرات وابسته به شغل می باشند که عوارض جسمانی و روانی مخربی را در آنان ایجاد می کند برای مثال شیفت های طولانی شب کار و کم خوابی می تواند بر سبک زندگی و کیفیت زندگی آنان تأثیر منفی داشته باشد. مطالعه روی سبک زندگی پرستاران مشکلات زیادی را نشان میدهد، یکی از این مشکلات که پرستاران در رابطه با سبک زندگی شان تجربه می کنند، الگوی خواب است. تحقیقات در مورد اختلال خواب بین پرستارانی که در شیفت شب کار می کنند با پرستارانی که در شیفت غیر شب کار می کنند تفاوت معنی داری را نشان می دهد. همچنین مشکلات خواب در بین پرستاران نه تنها با شیفت شب در ارتباط است بلکه با سبک زندگی آنان نیز در رابطه است (۱۹).

شغل هایی که به صورت نوبت کاری انجام می شوند، می توانند موجب اختلال در ریتم ۲۴ ساعته شده، پیامدهای فیزیولوژیک مثل افزایش شیوع مشکلات گوارشی، تغییرات خواب، خستگی مداوم، مشکلات قلبی عروقی و تغییرات رفتاری نظیر کاهش کارایی و تحریک پذیری را بدنبال داشته باشد. افزایش طلاق، اختلافات خانوادگی و حوادث حین کار در این نوع کار بیشتر مشاهده می شود. همچنین شیوع بالای ریسک فاکتورهایی مثل چاقی، درد پشت و کمر، افزایش وزن، عدم فعالیت های فیزیکی و عادات بد غذا خوردن در میان پرستاران شیفت در گردش و شب کار بیشتر است. در رابطه با ساعات کاری، مطالعات نشان می دهد افزایش ساعات کار موجب افزایش تعارض وظایف شغلی و خانوادگی می گردد که می تواند به استرس شغلی و کاهش کیفیت زندگی آنان بیانجامد که مؤید ارتباط سبک زندگی و استرس شغلی با کیفیت زندگی کاری است (۲۱).

نتیجه گیری

شرایط شغلی پرستاران ایجاب می کند که شیفت های مختلف کاری را خواسته و ناخواسته انتخاب کنند و یافته مطالعه حاضر نشان می دهد که هرچه میزان شیفت های کاری پرستاران بیشتر می شود میزان کیفیت زندگی و سبک زندگی آنان نیز کاهش می یابد. از سوی دیگر نیز سبک زندگی و کیفیت زندگی باهم ارتباط مثبت دارند و سبک زندگی نیز به عنوان یک متغیر پیش بینی برای کیفیت زندگی عمل می کند. لذا ارائه راهکارهایی جهت تعدیل شیفت های کاری پرستاران به منظور بهبود سبک و کیفیت زندگی آنان پیشنهاد می شود.

محدودیت‌های پژوهش

پژوهش حاضر از نوع مطالعات همبستگی است و رابطه میان متغیرها را نمی‌توان به صورت علی تفسیر کرد و تنها همبستگی متغیرهای مورد مطالعه را نشان می‌دهد.

کاربرد یافته‌های پژوهش

نتایج مطالعه حاضر در امور مدیریتی بیمارستان‌ها و قوانین مرتبط با شیفت‌های کاری بیمارستانها خصوصاً در بخش‌های ویژه می‌تواند کاربرد داشته باشد.

کاربرد در مدیریت:

نتایج مطالعه حاضر نشان می‌دهد شیفت کاری مختلف یک متغیر پیش‌بینی‌کننده برای کیفیت زندگی و سبک زندگی پرستاران است بنابراین برنامه ریزی دقیق‌تر برای شیفت کاری پرستاران و اجبار کمتر به ماندن در شیفت کاری برای پرستاران می‌تواند تأثیرات منفی شیفت شب را کاهش دهد. بدین منظور مدیران بیمارستان‌ها می‌توانند با حقوق بیشتر به شیفت شب به رضایت پرستاران برای ماندن در این شیفت بیافزایند. در صورتی که شیفت شب برای پرستاران امتیازاتی در پی داشته باشد برای مثال حقوق بیشتر یا مرخصی بیشتر در پی داشته باشد می‌تواند باعث شود پرستاران با رضایت بیشتر شیفت شب را انتخاب کنند و تأثیرات منفی آن نیز کاهش یابد.

کاربرد در پژوهش:

نتایج مطالعه حاضر می‌تواند انجام مطالعاتی برای ارائه یک مدل تحلیل مسیر که ارتباطی وسیع‌تر میان متغیرها برقرار نماید و ارائه یک نظریه توسط آن می‌تواند درک بهتری از مفهوم سبک زندگی و کیفیت زندگی ارائه نماید. برای مثال متغیرهای روانشناختی مرتبط با سبک زندگی و کیفیت زندگی همچون اختلالات خلقی، اختلالات اضطرابی و ابعاد شناختی که منجر به سرفت سبک زندگی خواهد شد می‌تواند نقشی چه بسا مهم‌تر از شیفت کاری دارد. همچنین بررسی سبک زندگی خانوادگی و بررسی ساختار و ارتباطات خانوادگی و کاری نیز می‌تواند بر کیفیت زندگی و سبک زندگی تأثیرات مهم داشته باشد که در این مطالعه به دلیل محدودیت‌های پژوهشگر بدان پرداخته نشد.

کاربرد در بالین:

مطالعات نشان داده است که تعداد زیاد شیفت های کاری موجب افزایش خطای پرستاری و پزشکی می شود. همچنین منجر به کاهش کیفیت زندگی پرستاران خواهد شد بنابراین برنامه ریزی دقیقتر و ارائه پاداش و مزایای بیشتر به پرستاران شیفت شب می تواند از میزان نارضایتی آنان بکاهد و در نتیجه با دلگرمی بیشتر نیز به امور بیماران بپردازند.

پیشنهاد برای پژوهش های بعدی:

- ۱- نتایج پژوهش حاضر مقدمه ای برای انجام تحقیقات وسیع تر و جامع تر در این زمینه و منبعی برای مداخلات پرستاری محسوب می گردد.
- ۲- توصیه می شود برای تعیین عوامل موثر در کیفیت زندگی پرستاران مطالعه ای به صورت دوگروهه به صورت گروه کنترل و شاهد و مقاسیه نتایج آن ها صورت پذیرد، تا نتایج با درجه اطمینان بالاتری حاصل شود.
- ۳- پیشنهاد می شود که این پژوهش با ابزار های دیگر بررسی کیفیت زندگی و سبک زندگی پرستاران مورد بررسی قرار گیرد.

١. Fayers P, Machin D. Quality of life: the assessment, analysis and interpretation of patient-reported outcomes: John Wiley & Sons; 2013.
٢. Cimete G, Gencalp NS, Keskin G. Quality of life and jobsatisfaction of nurses. *Journal of Nursing Care Quality*. 2003;18(2):151-8.
٣. Degenholtz HB, Rosen J, Castle N, Mittal V, Liu D. The association between changes in health status and nursing home resident quality of life. *The Gerontologist*. 2008;48(5):584-92.
٤. Pirincci E, Rahman S, Durmuş A, Erdem R. Factors affecting health-promoting behaviours in academic staff. *Public health*. 2013;127(1):122-30.
٥. Chambers D, Narayanasamy A. A discourse and Foucauldian analysis of nurses health beliefs: Implications for nurse education. *Nurse Education Today*. 2008;28(2):155-62.
٦. Cinar AB, Murtomaa H. Interrelation between obesity, oral health and life-style factors among Turkish school children. *Clinical oral investigations*. 2011;15(2):177-84.
٧. McKee-Ryan FM, Virick M, Prussia GE, Harvey J, Lilly JD. Life after the layoff: Getting a job worth keeping. *Journal of organizational behavior*. 2009;30(4):561-80.
٨. Phiri LP, Draper CE, Lambert EV, Kolbe-Alexander TL. Nurses' lifestyle behaviours, health priorities and barriers to living a healthy lifestyle: a qualitative descriptive study. *BMC nursing*. 2014;13(1):38.
٩. Barbadoro P, Santarelli L, Croce N, Bracci M, Vincitorio D, Prospero E, et al. Rotating shift-work as an independent risk factor for overweight Italian workers: a cross-sectional study. *PloS one*. 2013;8(5):e63289.
١٠. Levy F. The world's happiest countries. Recuperado de: <http://www.forbes.com/2010/07/14/world-happiest-countries-lifestyle-realestate-gallup-table.html>. 2010.
١١. McElligott D, Siemers S, Thomas L, Kohn N. Health promotion in nurses: Is there a healthy nurse in the house? *Applied Nursing Research*. 2009;22(3):211-5.
١٢. Shulman BH, Mosak HH. Manual for life style assessment: Routledge; 2015.
١٣. Boeing G, Church D, Hubbard H, Mickens J, Rudis L. LEED-ND and Livability Revisited. *Berkeley Planning Journal*. 2014;27(1).
١٤. Magee L, Scerri A, James P. Measuring social sustainability: A community-centred approach. *Applied Research in Quality of Life*. 2012;7(3):239-61.

- ۱۵ Kahneman D, Deaton A. High income improves evaluation of life but not emotional well-being. *Proceedings of the national academy of sciences*. 2010;107(38):16489-93..
- ۱۶ Davey MM, Cummings G, NEWBURN-COOK CV, Lo EA. Predictors of nurse absenteeism in hospitals: a systematic review. *Journal of nursing management*. 2009;17(3):312-30.
- ۱۷ Garratt A, Schmidt L, Mackintosh A, Fitzpatrick R. Quality of life measurement: bibliographic study of patient assessed health outcome measures. *Bmj*. 2002;324(7351):1417..
- ۱۸ Watson J. *Human caring science*: Jones & Bartlett Publishers; 2011.
- ۱۹ Feist J, Feist G. *Theories of personality*. 2006.
- ۲۰ Corey G. *Theory and practice of counseling and psychotherapy*: Nelson Education; 2015.
- ۲۱ Sharf RS. *Applying career development theory to counseling*: Brooks/Cole; 2014.
- ۲۲ Bögenhold D. Social inequality and the sociology of life style: material and cultural aspects of social stratification. *American Journal of Economics and Sociology*. 2001;60(4):829-47.
- ۲۳ Murcott A. Understanding life-style and food use: contributions from the social sciences. *British medical bulletin*. 2000;56(1):121-32.
- ۲۴ Giddens A, Duneier M, Appelbaum RP. *Introduction to sociology*: Norton; 2003.
- ۲۵ Cockerham WC. Health lifestyle theory and the convergence of agency and structure. *Journal of health and social behavior*. 2005;46(1):51-67.
- ۲۶ Cockerham WC. *Medical sociology*: Wiley Online Library; 2014.
- ۲۷ Cockerham WC, Snead MC, DeWaal DF. Health lifestyles in Russia and the socialist heritage. *Journal of Health and Social Behavior*. 2002;43(1):4
- ۲۸ Cockerham WC. New directions in health lifestyle research. *International Journal of Public Health*. 2007;52(6):327-8.
- ۲۹ شریفی ا. همیشه بهار : اخلاق و سبک زندگی اسلامی. نهاد نمایندگی مقام معظم رهبری در دانشگاهها ، دفتر نشر معارف. ۱۳۹۱.
- ۳۰ Yang K-P, MaoX-Y. A study of nurses' spiritual intelligence: A cross-sectional questionnaire survey. *International journal of nursing studies*. 2007;44(6):999-1010.
- ۳۱ Fountoulakis KN, Siamouli M, Magiria S, Kaprinis G. Late-life depression, religiosity, cerebrovascular disease, cognitive impairment and attitudes towards death in the elderly: Interpreting the data. *Medical hypotheses*. 2008;70(3):493-6.
- ۳۲ آبادی منن. رابطه بین سبک زندگی اسلامی با سلامت روان و میزان تاب آوری دانشجویان دانشگاه کاشان. مجله. ۱۳۹۳.

- همتیان خ. بررسی و مقایسه نگرش افراد ناتوان ذهنی و افراد عادی نسبت به کیفیت زندگی و ابعاد آن: ۳۳
دانشگاه شیراز
۱۳۸۵.
- مزیدی عب. پیش بینی رضایت از زندگی توسط خودپنداره و ابعاد آن در بین کودکان و نوجوانان و ۳۴
دانشجویان. شیراز: دانشگاه شیراز; ۱۳۸۵.
- Huebner ES, Suldo SM, Smith LC, McKnight CG. Life satisfaction in children and youth: Empirical foundations and implications for school psychologists. *Psychology in the Schools*. 2004;41(1):81-93. ۳۵
- باقری ح. بررسی تأثیر برنامه مشاوره گروهی بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به انفارکتوس میو کارد ۳۶
مراجعه کننده به درمانگاه های بیمارستان وابسته به دانشگاه های علوم پزشکی شهر تهران. تهران: دانشگاه تربیت مدرس;
۱۳۹۵.
- رسولی ا. بررسی کیفیت زندگی بیماران تحت درمان با همودیالیز در مقایسه با دریافت کنندگان پیوند ۳۷
کلیه. تهران: دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی; ۱۳۹۰.
- موعودی. خواب، ساعت سیر کادینی ونوبت کاری. نشر شمال پایدار. ۱۳۹۱. ۳۸
- Flo E, Pallesen S, Magerøy N, Moen BE, Grønli J, Nordhus IH, et al. Shift work disorder in nurses—assessment, prevalence and related health problems. *PloS one*. 2012;7(4):e33981. ۳۹
- Lent RW. A Social Cognitive View of Career Development and Counseling. 2005. ۴۰
- ChungS, Son GH, Kim K. Circadian rhythm of adrenal glucocorticoid: its regulation and clinical implications. *Biochimica et Biophysica Acta (BBA)-Molecular Basis of Disease*. 2011;1812(5):581-91. ۴۱
- Peate I. Strategies for coping with shift work. *Nursing standard*. 2007;22(4):42-5. ۴۲
- Rogers AE, Hwang W-T, Scott LD, Aiken LH, Dinges DF. The working hours of hospital staff nurses and patient safety. *Health affairs*. 2004;23(4):202-12. ۴۳
- Davis S, Mirick DK, Stevens RG. Night shift work, light at night, and risk of breast cancer. *Journal of the national cancer institute*. 2001;93(20):1557-62. ۴۴
- Fenwick R, Tausig M. Scheduling stress family and health outcomes of shift work and schedule control. *American Behavioral Scientist*. 2001;44(7):1179-98. ۴۵
- van Amelsvoort LG, Jansen NW, Swaen GM, van den Brandt PA, Kant I. Direction of shift rotation among three-shift workers in relation to psychological health and work-family conflict. *Scandinavian journal of work, environment & health*. 2004:149-56. ۴۶
- Wagstaff AS, Lie J-AS. Shift and night work and long working hours—a systematic review of safety implications. *Scandinavian journal of work, environment & health*. 2011:173-85. ۴۷
- Keller SM. Effects of extended work shifts and shift work on patient safety, productivity, and employee health. *Workplace Health & Safety*. 2009;57(12):497.. ۴۸

- ۴۹ Costa G. Shift work and occupational medicine: an overview. *Occupational medicine*. 2003;53(2):83-8.
- ۵۰ Åkerstedt T, Knutsson A, Westerholm P, Theorell T, Alfredsson L, Kecklund G. Mental fatigue, work and sleep. *Journal of psychosomatic research*. 2004;57(5):427-33.
- ۵۱ Omigbodun OO, Onibokun AC, Yusuf BO, Odukogbe AA, Omigbodun AO. Stressors and counseling needs of undergraduate nursing students in Ibadan, Nigeria. *Journal of Nursing Education*. 2013;43(9):412-5.
- ۵۲ Proctor NH, Hughes JP, Hathaway GJ. Proctor and Hughes' chemical hazards of the workplace: John Wiley & Sons; 2004.
- ۵۳ Volná J, Šonka K. Reaction time measurement in different periods of shift work at nurses. *České Budějovice* 2010. 2010:147.
- ۵۴ Suwazono Y, Uetani M, Oishi M, Tanaka K, Morimoto H, Sakata K. Calculation of the benchmark duration of shift work associated with the development of impaired glucose metabolism: a 14-year cohort study on 7104 male workers. *Occupational and environmental medicine*. 2010;67(8):532-7.
- ۵۵ Malkoc D. Social inequality and the sociology of life style: material and cultural aspects of social stratification. *American Journal of Economics and Sociology*. 2011;60(4):829-47.
- ۵۶ King V, Elder Jr GH, Whitbeck LB. Religious involvement among rural youth: An ecological and life-course perspective. *Journal of Research on Adolescence*. 2011;7(4):431-56.
- ۵۷ Abd El-Moneem DS, Keshk LI. Effect of Nurses' Work Hours and Fatigue on Occurrence of Medication Errors in ICU and Medical Oncology Unit-Cairo University. *LIFE SCIENCE JOURNAL-ACTA ZHENGZHOU UNIVERSITY OVERSEAS EDITION*. 2012;9(3):347-55.
- ۵۸ میرمحمدی م. مقایسه میزان خستگی، کمیت و کیفیت خواب در نوبت کاران پیر و جوان، مجله دانشکده پزشکی شهید بهشتی. ۱۳۹۰؛ ۳۲(۲).
- ۵۹ قمری م، خوشنام ا. رابطه عملکرد خانواده اصلی و کیفیت زندگی در بین دانشجویان. خانواده پژوهی. ۱۳۹۰؛ ۷(۲۷).
- ۶۰ طل آ، توسلی ا، راد غش، شجاعی د. بررسی سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت و رابطه آن با کیفیت زندگی در دانشجویان مقطع کارشناسی دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی اصفهان. تحقیقات نظام سلامت. ۱۳۹۰؛ ۷(۴).
- ۶۱ نجات س، منتظری ع، هولاکویی ک، مجدزاده ر. استانداردسازی پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت. مجله دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی ۱۳۸۵؛ ۴(۴).
- ۶۲ فاضل ا، حقشناس ح، کشاورز ز. قدرت پیش بینی ویژگی های شخصیتی و سبک زندگی بر رضایت منری زوجی زنان پرستار شهر شیراز فصلنامه علمی - پژوهشی جامعه شناسی زنان. ۱۳۹۰؛ ۲(۳).

۶۳Phiri LP, Draper CE, Lambert EV, Kolbe-Alexander TL. Nurses' lifestyle behaviours, health priorities and barriers to living a healthy lifestyle: a qualitative descriptive study. BMC nursing. 2014;13(1):38.

۶۴Coffey LC, Skipper JK, Jung FD. Nurses and shift work: effects on job performance and job-related stress. Journal of Advanced Nursing. 2009;13(2):245-54.

۶۵Cockerham WC. Health lifestyle theory and the convergence of agency and structure. Journal of health and social behavior. 2005;46(1):51-67.

۶۶. باقری ح. بررسی تأثیر برنامه مشاوره گروهی بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به انفارکتوس میو کارد مراجعه کننده به درمانگاه های بیمارستان وابسته به دانشگاه های علوم پزشکی شهر تهران. تهران: دانشگاه تربیت مدرس؛ ۱۳۹۵.
۶۷. نصرآبادی عن، مظلوم ر، نثاری م، گودرزی ف. ارتباط حیطه های نگرانی با کیفیت زندگی دانشجویان. فصلنامه پایش. ۱۳۸۷؛ ۸(۱):۸۵-۹۲.

۶۸Omigbodun OO, Onibokun AC, Yusuf BO, Odukogbe AA, Omigbodun AO. Stressors and counseling needs of undergraduate nursing students in Ibadan, Nigeria. Journal of Nursing Education. 2004;43(9):412-5.

۶۹Akerstedt HL. Life style: A historical and systematic review. Journal of individual psychology. 2004;23(2):191.

۷۰Darunee Jongudomkar DM, Howard SK. Fatigue among clinicians and the safety of patients. New England Journal of Medicine. 2005;347(16):1249-55.

۷۱. چوبینه ع. بررسی مشکلات مرتبط با نوبت کاری در تکنسینهای اتاق عمل بیمارستانهای وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شیراز. سلامت کار. ۱۳۹۲؛ ۴(۱):۲۱-۲۸.

پیوست الف: برگه اطلاع رسانی

عنوان پژوهش: بررسی ارتباط سبک زندگی و کیفیت زندگی پرستاران در شیفتهای مختلف شاغل در بخشهای ویژه بیمارستان های منتخب دانشگاه علوم پزشکی دانشگاه ایران

مقدمه ای مختصر و به زبان ساده با اصلاحات فارسی قابل فهم برای تمام آزمودنی ها در مورد موضوع و هدف پژوهش: سبک های زندگی متفاوت و همچنین شرایط شغلی بر روی کیفیت زندگی تاثیر می گذارند و استرس های شغلی بر سلامتی و نیز کیفیت زندگی افراد تاثیر جدی دارند. با توجه به اهمیت سلامت و کیفیت زندگی پرستاران به خصوص پرستاران بخش های ویژه و همچنین حفظ نیروی پرستاری در درجه اول به عنوان یک انسان و در مرحله بعدی به عنوان فردی که حافظ سلامتی و تندرستی افراد دیگر جامعه است، نتایج این مطالعه می تواند در جهت ایجاد برنامه ریزی به سمت سبک زندگی سالم برای تیم درمان خصوصاً پرستاران و توجه به رفاه آنان به کار رود.

توضیحی مختصر و به زبان ساده با اصلاحات فارسی قابل فهم در مورد روش مطالعه ای که قرار است بر روی آزمودنی ها انجام شود:

در این مطالعه پرستاران پرسشنامه های مربوط به کیفیت زندگی و سبک زندگی را با ذکر نوع شیفت تکمیل خواهند کرد.

توضیحی مختصر در مورد اختیاری بودن شرکت در مطالعه و قرار گرفتن در هر یک از گروه های مطالعه به صورت تصادفی (در صورت لزوم):
در این مطالعه شرکت پرستاران کاملاً اختیاری بوده و در صورتیکه تمایل به ادامه همکاری نداشته باشد می تواند از مطالعه خارج گردد.

آدرس و شماره تماس پژوهشگر:
مهدتاب خلیلی دانشکده پرستاری مامایی دانشگاه علوم پزشکی قزوین طبقه دوم اتاق دانشجویان ارشد پرستاری
۰۲۸۳۳۳۳۶۰۰۱

پیوست ب: برگه رضایت نامه
عنوان پژوهش: بررسی ارتباط سبک زندگی و کیفیت زندگی پرستاران در شیفتهای مختلف شاغل در بخشهای ویژه بیمارستان های منتخب دانشگاه علوم پزشکی دانشگاه ایران

شماره ثبت مطالعه در مرکز کارآزمایی بالینی ایران:مطالعه توصیفی تحلیلی است.

ذکر اختیاری بودن شرکت در پژوهش مذکور و خروج از آن در هر زمان که آزمودنی بخواهد:
در این مطالعه شرکت پرستاران کاملاً اختیاری بوده و در صورتیکه تمایل به ادامه همکاری نداشته باشد می تواند
از مطالعه خارج گردد.

ذکر محرمانه بودن اطلاعات آزمودنی ها و انتشار نتایج تحقیقات به طور کلی در قالب اطلاعات گروه مورد مطالعه:
داده های مندرج در پرسشنامه کاملاً محرمانه است و در اختیار فردی غیر از تیم پژوهش قرار نخواهد گرفت.

عوارض جانبی احتمالی پژوهش: ندارد
فواید احتمالی پژوهش: نتایج این مطالعه می تواند در جهت ایجاد برنامه ریزی به سمت سبک زندگی سالم برای
تیم درمان خصوصاً پرستاران و توجه به رفاه آنان به کار رود.

اقداماتی که برای انجام پژوهش بر روی فرد مورد مطالعه انجام می شود به زبانی کاملاً ساده و قابل فهم: در این
مطالعه پرستاران پرسشنامه های مربوط به کیفیت زندگی و سبک زندگی را با ذکر نوع شیفت تکمیل خواهند کرد.

اینجانب با آگاهی کامل و مطالعه برگه اطلاع رسانی تمایل خود را به عنوان یک فرد مورد
مطالعه جهت شرکت در پژوهش: بررسی ارتباط سبک زندگی و کیفیت زندگی پرستاران در شیفتهای مختلف شاغل در
بخشهای ویژه بیمارستان های منتخب دانشگاه علوم پزشکی دانشگاه ایران به مدت ۳ ماه به سرپرستی خانم مهتاب خلیلی
اعلام می دارم. و این موافقت مانع از اقدامات قانونی اینجانب در مقابل دانشگاه، بیمارستان، پژوهشگر و کارمندان در
صورتی که عملی خلاف و غیر انسانی انجام شوند نخواهد شد.

آدرس، تلفن تماس، امضاء و اثر انگشت بیمار مورد مطالعه :

نام و نام خانوادگی، امضاء و شماره تماس پژوهشگر که در صورت هرگونه مشکل یا عارضه احتمالی می توانید با
وی تماس بگیرید:

مهتاب خلیلی دانشکده پرستاری مامایی دانشگاه علوم پزشکی قزوین طبقه دوم اتاق دانشجویان ارشد پرستاری
۰۲۸۳۳۳۳۶۰۰۱

پیوست ج: پرسشنامه ها

بسمه تعالی

پرسشنامه

همکار گرامی مایه امتنان خواهد بود چنانچه در تکمیل این پرسشنامه جهت طرح تحقیقاتی با عنوان "بررسی
ارتباط سبک زندگی و شیفت کاری با کیفیت زندگی پرستاران شاغل در بخش های ویژه بیمارستان های منتخب دانشگاه
علوم پزشکی ایران" با اینجانب همکاری بفرمایید. مطمئن باشد پرسشنامه ها بدون نام بوده و تمامی اطلاعات محرمانه باقی
خواهند ماند. از همکاری صادقانه شما بسیار متشکرم.

سن:جنسیت:وضعیت تاهل:سمت شغلی:
.....

سطح تحصیلات:میزان درآمد ماهیانه:سابقه
خدمت:

میانگین شیفت شب در ماه:

پرسشنامه سبک زندگی					
رگز	ه ندرت	اهی اوقات ^۵	غلب	میشه	گویه ها
					۱. حداقل در روز یک وعده غذای گرم می خورم
					۲. حداقل ۴ شب در هفته بین ۷ تا ۸ ساعت می خوابم
					۳. به طور منظم به اطرافیان محبت می کنم و از آنها محبت می بینم.
					۴. حداقل یکی از وابستگانم در فاصله پنجاه کیلومتری من زندگی می کند که بتوانم به او تکیه کنم
					۵. حداقل ۲ بار در هفته در حد عرق کردن ورزش می کنم
					۶. کمتر از نصف سیگار در روز می کشم(افراد غیرسیگاری نمره یک می گیرند)
					۷. کمتر از ۵ نوع نوشیدنی الکلی در هفته استفاده می کنم(افرادی که مصرف نمی کنند نمره یک می گیرند)
					۸. وزنم متناسب با قدم است
					۹. درآمد من برای تامین نیازهای اساسی زندگی ام کافی است
					۱۰. از اعتقادات مذهبی ام نیرو و انرژی می گیرم و نسبت به نگاهم به جهان و جایگاهم در این جهان احساس مطلوبی دارم.
					۱۱. به طور منظم در باشگاه و فعالیت های اجتماعی شرکت می کنم
					۱۲. مجموعه ای از دوستان و آشنایان دارم
					۱۳. یک یا دو دوست صمیمی دارم که برای صحبت درباره مسائل خصوصی ام به آن ها اعتماد دارم
					۱۴. از لحاظ بینایی، شنوایی و دهان و دندان سالم هستم
					۱۵. من این توانایی را دارم که هنگام نگرانی یا عصبانیت درباره احساسم به صورت آشکار صحبت کنم

					۱۶. با اطرافیانم به طور منظم در مورد مشکلات خانوادگی و پول و مسائل زندگی گفتگو می کنم
					۱۷. حداقل یکبار را در هفته به تفریح اختصاص می دهم
					۱۸. این توانایی را دارم که زمان را به طور موثر سازماندهی کنم
					۱۹. در روز کمتر از سه فنجان قهوه یا چای می نوشم
					۲۰. در طول روز وقت استراحت برای خودم دارم.

سوالات زیر جهت سنجش کیفیت زندگی شما است. لطفاً به هر سوال پاسخ دهید که در ۴ هفته اخیر امور خود را چگونه تجربه کرده اید و قادر به انجام چه کارهایی بوده اید.

۱- کیفیت زندگی خود را چگونه ارزیابی می کنید	بسیار خوب	وب	خوب نه بد	د	بسیار بد
	۵	۴	۳		

۲- چقدر از سلامت خود راضی هستید	بسیار راضی	راضی	راضی و نه ناراضی	ناراضی	بسیار ناراضی
	۵	۴	۳	۲	۱

۳- چقدر درد جسمانی مانع انجام کارهای مورد نظرتان می گردد	همیشه	اغلب	گاهی	ندرت	صلاً
	۵	۴	۳	۲	۱
۴- چقدر برای فعالیت های روزمره نیازمند درمان پزشک هستید	همیشه	اغلب	گاهی	ندرت	صلاً
	۵	۴	۳	۲	۱
۵- چقدر از زندگی خود لذت می برید	همیشه	اغلب	گاهی	ندرت	صلاً
	۵	۴	۳	۲	۱
۶- چقدر احساس می کنید که زندگی شما معنادار است	همیشه	اغلب	گاهی	ندرت	صلاً
	۵	۴	۳	۲	۱
۷- چقدر قادر به تمرکز هستید	همیشه	اغلب	گاهی	ندرت	صلاً
	۵	۴	۳	۲	۱
۸- چقدر در زندگی روزمره خود احساس امنیت می کنید	همیشه	اغلب	گاهی	ندرت	صلاً
	۵	۴	۳	۲	۱

۵	۴	۳	۲	۱
---	---	---	---	---

۹- چقدر محیط اطراف شما سالم است	۵	۴	۳	۲	۱
	یابی زیاد	یاد	سط	م	یابی کم

دارید	۵	۴	۳	۲	۱
	املا	کثرا	سط	می	صلاً
۱۱- آیا از ظاهر بدن خود راضی هستید	۵	۴	۳	۲	۱
	املاً	کثرا	سط	می	صلاً
۱۲- آیا به اندازه احتیاج پول دارید	۵	۴	۳	۲	۱
	املاً	کثرا	سط	می	صلاً
۱۳- چقدر به اطلاعات مورد نیاز روزمره خود دسترسی دارید	۵	۴	۳	۲	۱
	املاً	کثرا	سط	می	صلاً
دارید	۵	۴	۳	۲	۱
	املاً	کثرا	سط	می	صلاً

۱۵- چقدر می توانید جابجا شوید و تحرک داشته باشید	۵	۴	۳	۲	۱
	یابی خوب	وب	خوب نه بد	د	یابی بد

۱۶- چقدر از خواب خود رضایت دارید	۵	۴	۳	۲	۱
	یابی راضی	اضی	راضی و نه ناراضی	اراضی	یابی ناراضی
۱۷- چقدر از توانایی خود در انجام امور روزمره زندگی رضایت دارید	۵	۴	۳	۲	۱
	یابی راضی	اضی	راضی و نه ناراضی	اراضی	یابی ناراضی
۱۸- چقدر از توانایی خود برای کار کردن (اشتغال) رضایت دارید	۵	۴	۳	۲	۱
	یابی	اضی	راضی و نه	اراضی	یابی

راضی	راضی	راضی	راضی	راضی	
۱	۲	۳	۴	۵	
یاری	راضی	نه	راضی و نه	راضی	۱۹- چقدر از خودتان رضایت دارید
راضی	راضی	راضی	راضی	راضی	
۱	۲	۳	۴	۵	
یاری	راضی	نه	راضی و نه	راضی	۲۰- چقدر از روابط خصوصی خود رضایت دارید
راضی	راضی	راضی	راضی	راضی	
۱	۲	۳	۴	۵	
یاری	راضی	نه	راضی و نه	راضی	۲۱- چقدر از روابط جنسی خود رضایت دارید
راضی	راضی	راضی	راضی	راضی	
۱	۲	۳	۴	۵	
یاری	راضی	نه	راضی و نه	راضی	۲۲- چقدر از حمایتی که از دوستان خود دریافت می دارید راضی هستید
راضی	راضی	راضی	راضی	راضی	
۱	۲	۳	۴	۵	
یاری	راضی	نه	راضی و نه	راضی	۲۳- چقدر از شرایط محل سکونت خود رضایت دارید
راضی	راضی	راضی	راضی	راضی	
۱	۲	۳	۴	۵	
یاری	راضی	نه	راضی و نه	راضی	۲۴- چقدر از دسترسی خود به خدمات بهداشتی و درمانی رضایت دارید
راضی	راضی	راضی	راضی	راضی	
۱	۲	۳	۴	۵	
یاری	راضی	نه	راضی و نه	راضی	۲۵- چقدر از امکانات حمل و نقل خود راضی هستید
راضی	راضی	راضی	راضی	راضی	
۱	۲	۳	۴	۵	

۲۶- چقدر دچار حالاتی مانند خلق غمگین، ناامیدی، اضطراب و افسردگی می شوید	ه	ا	نسبتاً	ب	رگ
۵	۴	۳	۲	۱	

Abstract

Background: Quality of life depends on working conditions and lifestyle and on the other hand the lower quality of life decreases quality of services provided to patients.

Objective: The purpose of the present study was to examine the relationship between lifestyle and quality of life of nurses working with different shifts.

Method: This was a descriptive study of nurses in intensive care units. 360 nurses in intensive care units was selected using randomized cluster sampling. Informed consent was obtained from all the nurses and questionnaires administered for them. Lifestyle questionnaire (20 items: 5 Likert scale) and quality of life questionnaire (26 items: 4 Likert scale) was used in this study.

Results: the result of Pearson correlation indicated positive correlation between lifestyle with quality of life ($r=0.40$ & $p<0.01$). Also there is a negative correlation between quality of life and night shift work ($r= -0.35$ & $p<0.05$). Nurses lifestyle has a significant negative correlation with the number of night shifts ($p<0.05$).

Conclusion: Different shifts is a good predictor variable for quality of life and lifestyle in intensive care units nurses. Therefore, the adjustment burden shifts to provide guidelines for nurses to improve the style and quality of life is recommended.

Keywords: lifestyle, quality of life, shift work, nursing.



Qazvin University of Medical Sciences

Nursing & Midwifery Faculty

Dissertation for the Degree of Master of Critical Care Nursing

Title

The relationship between life-style and quality of life among nurses working with different shifts in intensive care units in selected hospitals of Iran University of Medical Sciences

Supervisor:

Dr. Farnoosh Rashvand

Advisor:

Dr. Jalil Azimian

Statistics Consulting:

Ms. Maryam Momeni

Student:

Mahtab Khalili

Publication:

August 2016